

**Zusatzmaterialien zu Jürgen Beushausen (2025): Beratung lernen.
Grundlagen Psychosozialer Beratung und Sozialtherapie für Studium und
Praxis. 3. Auflage. Opladen, Toronto: Verlag Barbara Budrich (UTB 4578).
ISBN 978-3-8252-6531-1**

DOI: 10.36198/9783838565316-m01

Inhaltsverzeichnis

Ergänzende Perspektiven

1. Zusammenhänge zwischen der Herkunftsfamilie und dem beruflichen Selbstkonzept	2
2. Psychosoziale Folgen des Nationalsozialismus und des Kriegs	5
3. Risiken und Nebenwirkungen	9
4. Die Chronifizierung psychosozialer Probleme – Beiträge des Helfers und seiner Institutionen	15
5. Übungsbogen.	18
5.1 Das Neun-Felder-Modell nach Rieforth und Graf	18
5.2 Reframing	20
5.3 Übung „Selbstanteile des Beraters“	22
5.4 Antworten suchen auf Klientenäußerungen.	23
6. Der Kontext der sozialen Lebenslagen.	23
7. Die Familie.	29
8. Beratung zu zweit – Coberatung.	37
9. Passung als entscheidende Variable im Prozess des Helfens.	38
10. Antworten suchen auf Klientenäußerungen	41
11. Gesprächsprotokoll (Vorlage)	44
12. Interventionstechniken.	50

Ergänzende Perspektiven

In diesen Online-Kapiteln sollen ergänzende Perspektiven erörtert werden. Die grundlegenden Haltungen und Verhaltensweisen eines Beraters werden durch die eigene Sozialisation geprägt. Daher sollten Berater sich mit dieser Thematik (Kapitel 1 Zusammenhänge zwischen der Herkunftsfamilie und dem beruflichen Selbstkonzept) beschäftigen. Im zweiten Kapitel wird ein anderes Thema diskutiert. Auch gut 70 Jahre nach dem Ende des 2. Weltkriegs ist das Thema „Psychosoziale Folgen des Nationalsozialismus und des Weltkriegs für die Gegenwart“ immer noch für die Beratung bedeutsam. Im dritten Kapitel über Nebenwirkungen und Risiken im Beratungsprozess wird ein oft vernachlässigtes Thema fokussiert. Hier wird ein besonderer Schwerpunkt (Kapitel 4) auf die Chronifizierungsprozesse psychosozialer Probleme durch den Helfer und seine Institution gelegt. Im fünften Kapitel wird ein Überblick über die sozialen Lebenslagen geben, die in vielfältiger Weise die objektive und subjektive Situation der Menschen und damit auch den Beratungsprozess beeinflussen. Anschließend wird im sechsten Kapitel auf die Bedeutung der Familie eingegangen. Mit der Erörterung der Beratung zu zweit, der Coberatung im siebten Kapitel werden die Vorteile dieses Settings und mögliche Probleme erörtert. Im achten Kapitel über die Passung als entscheidende Variable im Prozess des Helfens wird die Bedeutung dessen betont. Abschließend werden im neunten Kapitel überblickhaft anhand verschiedener Stichworte in einer umfangreichen Tabelle Interventionstechniken aufgeführt.

1. Zusammenhänge zwischen der Herkunftsfamilie und dem beruflichen Selbstkonzept

Zwischen dem Verhalten in alltäglichen und in problematischen Beratungssituationen und dem beruflichen Selbstkonzept, das in der Herkunftsfamilie bzw. der Sozialisation geprägt wird, zeigen sich vielfältige Verknüpfungen. Diese Zusammenhänge sollten im Kontext einer Eigenanalyse oder einer möglichst intensiven Selbsterfahrung explizit eruiert werden. Oftmals wirken diese Einflüsse „unbewusst“. Beispielweise werden Konzepte der pädagogischen Ausrichtung der Herkunftsfamilie auf den beraterischen Kontext übertragen oder eine vermittelnde Geschwisterposition wird unreflektiert immer wieder im Team übernommen. Zusammenhänge zwischen der Herkunftsfamilie und dem beruflichen Selbstkonzept zeigen sich oftmals bereits in der Berufswahl, wenn sich früheres Verhalten im beruflichen Team oder in der Paarberatung spiegelt. Es ist sicherlich nicht zufällig, wenn beispielsweise ein Kind eines Suchtkranken im Suchthilfebereich tätig wird. Für den beruflichen Alltag bieten diese eigenen Erfahrungen wichtige nützliche Ressourcen, dennoch können diese Gegebenheiten auch zu Problemen führen. In der Beratung zeigen sich diese Phänomene auch in der Analyse von Übertragungen und Gegenübertragungen. Notwendig ist auf jeden Fall eine möglichst umfassende Kenntnis all dieser Zusammenhänge. Um diese Zusammenhänge zu analysieren, kann die nachfolgende Übung genutzt werden.

Übungsvorschlag

In dem folgenden Schema sollen erste Anstöße für eine Analyse dieser Zusammenhänge gegeben werden. Allgemeine Daten und familiäre Zusammenhänge lassen sich gut mit einem Genogramm erheben. Empfohlen wird daher, zunächst ein Genogramm (vgl. Kapitel 6.5 Genogramm- und Netzwerkanalyse) zu erstellen und hierbei auch bedeutsame andere Personen (z. B. Lehrer) in die Überlegungen einzubeziehen. Anschließend werden zu diesen Zusammenhängen eine Reihe von hilfreichen Fragen über die aktuellen Situationen gestellt. Diese Überlegungen und Erkenntnisse sollten möglichst gemeinsam mit anderen Personen besprochen werden.

a) Genogrammerstellung

I. Erstellung eines Genogramms mit folgenden Daten:

1. Name und Vorname
2. Geburtsdatum/Ort
3. Beruf
4. Krankheiten
5. Eheschließung/Scheidung/Trennung
6. Todesdatum/-ursache
7. Wohnort/Umzüge
8. gesellschaftlich-historische Ereignisse
9. Aussagen über die Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern
10. Aussagen über die Beziehung zu anderen bedeutsamen Personen

II. Aussagen über bedeutsame Familienereignisse („life-Events“)

Altersstufen (Lebensphasen)

Angaben mit Jahresdaten

Vorschulalter (bis ca. 6 Jahre)

Schulalter (bis ca. 13 Jahre)

Pubertät/Adoleszenz (bis ca. 20 Jahre)

junges Erwachsenenalter (bis ca. 30 Jahre)

mittleres Erwachsenenalter (bis ca. 50 Jahre)

spätes Erwachsenenalter (über 50 Jahre)

III. Aussagen über die eigene psychische und die familiäre Binnenstruktur

- Typische Familiensituationen und Familienstruktur (z. B. Systeme, Subsysteme, Konfliktumleitung, Triangulationen usw.)
- Kommunikationsmuster
- Familienregeln (verbal/non-verbal)
- Familientraditionen
- Werte/Normen
- Familiengeheimnisse und Tabus
- Familienmythen und -legenden
- Bündnisse und Loyalitäten
- Delegationen/Aufträge
- Ressourcen der Familie
- Familienrollen
- Persönliche Stärken und Schwächen

b) Beschreibung der Auswirkungen der Herkunftsfamilie auf Ihr berufliches Handeln und Ihr Selbstkonzept

1. Sehen Sie Zusammenhänge zwischen bedeutsamen Familienereignissen („life-Events“) und Ihrer Berufswahl?
2. Reflektieren Sie bedeutsame Delegationen oder Aufträge von Familienmitgliedern bzw. anderen für Sie bedeutsame Personen für Ihre berufliche Entwicklung.
3. Sehen Sie Zusammenhänge zu Ihrer Familienrolle?
4. Reflektieren Sie Zusammenhänge mit Ihrer Geschlechtsrolle. (Sie können sich dieser Frage über die Wahrnehmung von wichtigen Triaden nähern.)
5. Welche produktiven Elemente, Stärken, Ressourcen bringen Sie aus Ihrer Herkunftsfamilie mit, wie wirken sich diese in Ihrer Arbeit aus?
6. Welche Konfliktbereiche, Defizite, Blockaden usw. könnten Sie in Ihrer Arbeit beeinträchtigen bzw. in welchen Bereichen bräuchten Sie Supervision oder Therapie?

Hinweis zur Reflexion:

Beachten Sie auch die in die Familie hineinwirkenden gesellschaftlichen/politischen Zusammenhänge.

c) Vertiefende Reflexion

I. Beratung in der familiären Vergangenheit

Wenn Sie heute mit Ihrem jetzigen Wissen und Ihren Erfahrungen auf Ihre Herkunftsfamilie zurückblicken:

- a) Mit welchen Symptomen/Störungen hätte Ihre Herkunftsfamilie möglicherweise Beratung/Therapie in Anspruch nehmen können, wer wäre Symptomträger gewesen?
- b) Woran hätte ein Berater/ein Therapeut arbeiten müssen?
- c) Welche Strategien und Techniken hielten Sie in Bezug auf Ihre Herkunftsfamilie für angemessen, welche für unangemessen?
- d) Wurden Sie über mögliche Beratungsangebote für das System Familie informiert? Wie sah das Versorgungsnetz aus?

II. Perspektive

- Welche nächsten Entwicklungsschritte liegen vor Ihnen?
- Welche Themen und Fragen begleiten Sie in immer gleicher Weise?
- Welches „Kapitel“ schreiben Sie gerade in Ihrem „Lebensbuch“?
- Welche Lebensthemen wären Ihrem Lebensalter entsprechend?
- Was wollen Sie heute verändern?
- Was möchten Sie in den nächsten fünf Jahren erreichen?

Arbeitsbogen 1: Herkunftsfamilie und berufliches Selbstkonzept

Quelle: eigene Darstellung

2. Psychosoziale Folgen des Nationalsozialismus und des Kriegs

Diesem Text soll ein Zitat der Traumatherapeutin Luise Reddemann (in Bode: Die vergessene Generation, 2013: 247) vorangestellt werden, um zu verdeutlichen, warum es notwendig ist, in Kontexten von Beratung und Therapie mögliche Folgen des Nationalsozialismus und des Kriegs zu fokussieren: „Das sind kollektive Geheimnisse,... und ich bin mehr und mehr davon überzeugt, dies betrifft hierzulande fast jeden. Man müsste eigentlich bei jedem Menschen, der Schwierigkeiten hat, nachfragen: Wie war das bei Ihnen zuhause? Und was war mit Ihren Eltern im Krieg? Und was war mit Ihren Großeltern? Wo waren Sie? Was haben Sie gemacht?“

Im fortgeschrittenen Alter rückt der Krieg bei vielen Personen, das zeigen heutige Erkenntnisse, oftmals wieder näher. Wenn heute diese Traumata thematisiert werden, geht es nicht darum, eine Täterschaft zu relativieren. Die Deutschen haben eine Nazivergangenheit, in der sie Opfer und Täter waren und eine Kriegsvergangenheit, die zu vielen Opfern führte. Die Unfähigkeit zu trauern (nach Mitscherlich) bezieht sich somit nicht nur auf den Nationalsozialismus, sondern auch auf die Kriegsfolgen. Die psychischen Folgen des Nationalsozialismus und des Kriegs rücken heute einerseits wieder vermehrt in den Vordergrund, während sie andererseits immer noch von vielen Menschen bagatellisiert, verdrängt und nicht genügend reflektiert werden. Daher ist es wichtig, diese Phänomene, die auch heute noch in vielen psychosozialen Kontexten von Bedeutung sind, angemessen zu berücksichtigen. In diesem Text wird auf die Bedeutung der Verdrängung von Schuld und Täterschaft, die Weitergabe von Traumata und die Auswirkungen der autoritären Erziehung eingegangen. Nicht thematisiert werden die Auswirkungen für besondere Bevölkerungsgruppen (Homosexuelle, Behinderte, Sinti etc.), die jeweils dezidiert beschrieben werden müssten.

Bevor einige Aspekte benannt werden, auf die in Gesprächen geachtet werden könnte, soll zunächst auf einige historische Daten und ihre Bedeutungen hingewiesen werden, um zu vergegenwärtigen, welches Ausmaß dieses Thema hat und wie bedeutsam es auch noch in der heutigen Zeit ist. Bode (2013) nennt einige Zahlen: Nach Statistiken aus dem Jahr 1950 wurden drei Millionen Gefallene, zwei Millionen Vermisste, zwei Millionen Kriegsversehrte, davon sind über 500.000 schwer amputiert, und zwei Millionen Heimkehrer aus der Kriegsgefangenschaft gezählt. 8-10 % der Menschen, die als Kinder Krieg und Vertreibung erlebten, gelten heute im Alter als psychisch krank. Sie leiden oftmals an einer posttraumatischen Belastungsstörung, weitere 25 % zeigen minder schwere Spätfolgen. Ein Drittel der Menschen der Jahrgänge 1930 bis 1945, so Bode, sei noch heute von den Spätfolgen belastet. Zu beachten ist hierbei, dass die Erfahrungen dieser Menschen völlig unterschiedlich sind, auch abhängig davon, zu welchem historischen Zeitpunkt sie Kind oder Jugendlicher waren. Allgemein gilt: Je kleiner die Kinder waren als sie geschädigt wurden, umso gravierender sind die Spätfolgen.

Viele Frauen wurden vergewaltigt, hier werden sehr unterschiedliche Zahlen genannt. Insgesamt verloren 14 Millionen Menschen ihre Heimat. Mit den Flüchtlingen gab es keine wirkliche Solidarität. Die Flucht dauerte oft lange Zeit und bedeutete häufigen Ortswechsel. Der Hunger nach dem Krieg herrschte in den westdeutschen Städten noch bis zur Jahreswende 1947/48, in der DDR waren Menschen teilweise bis in den Anfang der 1950er Jahre unterernährt. 1950 wohnten noch neun Millionen Kinder in Westdeutschland in unzulänglichen Verhältnissen. Ein Viertel aller Vierzehnjährigen besaß kein eigenes Bett. Der Gesundheitszustand dieser Kinder war deutlich beeinträchtigt, z. B. hatten nur 36 % von ihnen ein gesundes Gebiss. Insgesamt waren viele Familien überlastet. In den Kriegswirren gingen viele Kinder verloren, hierüber wurde nur selten gesprochen.

Die Deutschen waren Opfer des Kriegs und sie waren Täter und Mittäter. Um zu verdeutlichen, wo überall weggeschaut wurde und woran sich die Mehrheit der Deutschen beteiligt hat, soll kurz auf einige historische Erkenntnisse verwiesen werden: Entgegen der späteren subjektiven Einschätzung der Befragten waren viele Menschen begeistert, als Adolf Hitler 1933 zum Reichskanzler ernannt wurde. Beispielsweise forderte der Bundesvorstand des ADGB (Allgemeiner Deutscher Gewerkschaftsbund) seine Mitglieder am 15. April 1933 dazu auf, sich „in die Gemeinschaft des Volkes“ einzuordnen, obwohl viele Gewerkschafter gleich nach der Machtübernahme verfolgt wurden (DGB Bildungswerk Thüringen o. J.). Viele Menschen nahmen die neuen Arbeitsstellen und Karrieremöglichkeiten, die sich ihnen mit dem Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums vom April 1933 boten, an. Mit diesem Gesetz wurden Sozialdemokraten und Kommunisten sowie Jüdinnen und Juden aus öffentlichen Ämtern entfernt. Proteste gegen dieses Gesetz gab es, wie gegen die „Nürnberger Rassegesetze“ (1935), fast nicht.

Die meisten jüdischen Geschäfte mussten schon vor der offiziellen „Entjudung“ nach der Reichspogromnacht schließen oder ihr Eigentum weit unterhalb des Marktwerts an nichtjüdische Deutsche verkaufen. Unter den Augen der Öffentlichkeit wurde ein Berufsverbot für jüdische Ärzte und Rechtsanwälte erlassen. 1938 wurden nicht nur Synagogen zerstört, sondern auch die verbliebenen jüdischen Geschäfte mit dem Zweck, die jüdische Konkurrenz endgültig auszuschalten, übernommen. An diesen Pogromen beteiligten sich auch viele unorganisierte Bürger. Ab 1941 mussten Juden in Deutschland den sogenannten Judenstern tragen, in den Medien wurde antisemitische Propaganda verbreitet. Die Ermordung von als „lebensunwert“ stigmatisierten Menschen war für viele ein offenes Geheimnis. Als ab 1941 Juden aus dem Deutschen Reich unter den Augen der Öffentlichkeit deportiert und in die Vernichtungslager im Osten gebracht wurden, löste dies keinen Protest aus. Viele Menschen ersteigerten günstig das zurückgelassene Hab und Gut der jüdischen Nachbarn. Auch viele Soldaten nahmen an der Vernichtung und Tötung von ganzen Bevölkerungsgruppen teil. Sie berichteten im Heimaturlaub von Exekutionen, Massengräbern und Deportationen. Ein weiterer Beleg der großen Zustimmung der reichsdeutschen Bevölkerung zum Nationalsozialismus ist die hohe Anzahl von Denunziationen. Zudem war das Leid der ausgemergelten Zwangsarbeiter der Bevölkerung bekannt. Die Konzentrationslager auf dem Reichsgebiet waren bekannt.

Zum Ende des Kriegs erlebte der große Teil der Bevölkerung, der in das militärische Kampfgeschehen einbezogen oder von den Kriegseignissen betroffen war, einen totalen Zusammenbruch, währenddessen sich Führungspersonen und Repräsentanten der NS-Bewegung meist in Sicherheit brachten.

Nach dem Krieg veränderten sich die moralischen Wertvorstellungen. In den fünfziger Jahren erinnerten sich viele wieder an eine moralische Haltung, in der sie so taten, als seien alle wieder auf einen Schlag ehrbar geworden. Kinder mussten beispielsweise wieder brav sein und Geburten unehelicher Kinder wurden sanktioniert. In den folgenden 1950-er und 1960-er Jahren (Antikommunismus und Kalter Krieg) fand wenig Auseinandersetzung mit dem Nationalsozialismus statt. Einer vollständigen geschichtlichen Aufarbeitung und Entnazifizierung standen zudem geopolitische Interessen der USA entgegen (Korea-Krieg). Im Nürnberger Prozess wurde nur ein kleiner Kreis der Angeklagten als „verantwortliche Täter“ bestraft. Nach dem Täter Hitler galten andere Personen nur als begrenzt verantwortliche „Beihelfer“. Im politischen Alltag der BRD reduzierte sich in den folgenden Jahren die Erinnerungskultur an den Nationalsozialismus und den Völkermord auf zwei Gedenktage, den Volkstrauertag und den 20. Juli. So wurde dem militärischen Widerstand als Teil der bürokratischen Elite gedacht, aber nicht der jüdischen Opfer, Sinti und Roma, Homosexuellen, Behinderten, sowjetischen Kriegsgefangenen und Angehörigen der Soldaten der anderen Nationen. Insgesamt verdrängten damit Schule, Elternhaus und akademische Bildung eine kritische Aufklärung weitgehend. Der Blick auf die Täter, Mitläufer und Zuschauer blieb marginal. Finanziell wurden nur einige Gruppen der Opfer entschädigt. In der DDR stand die „Schlussstrich“-Doktrin im Mittelpunkt des Interesses. Das Paradigma Antifaschismus wurde zu einem identitätsstiftenden Prinzip erhoben, in dem propagiert wurde, man habe den Faschismus „ausgerottet“.

Die politischen Umbrüche in Europa führten zu radikalen Veränderungen der politischen Strukturen. Der Fall der Mauer (9. November 1989) mit der Herstellung der Einheit Deutschlands beeinflusste Forschungen zum Alltag im Nationalsozialismus und den sogenannten Historikerstreit um die „Singulartät von Auschwitz“. Richtungsweisend war die Rede des Bundespräsidenten von Weizsäcker zum 8. Mai 1995, in der erstmals der 8. Mai als ein „Tag der Befreiung“ vom System der NS-Herrschaft und nicht als verlorener Krieg bewertet wurde. An die junge Generation richtete von Weizsäcker die Aufforderung „Die Jungen sind nicht verantwortlich für das, was geschah. Aber sie sind verantwortlich, für das, was in der Geschichte daraus wird.“ Er forderte dazu auf, politische Verantwortung für die Zukunft dieser Gesellschaft zu übernehmen. Die Debatte um die Wehrmachtsausstellung (1995-1999), in der aufgezeigt wurde, wie umfangreich die Wehrmacht an Verbrechen unmittelbar beteiligt war, machte deutlich, wie schwer es großen Teilen der Bevölkerung fiel, sich als Mittäter zu begreifen. Aktuell wird vermehrt wahrgenommen, dass viele Opfer, vor allem im Osten Europas, noch immer unter den Folgen des rassistischen Vernichtungskriegs leiden. Hingegen lebten die ehemaligen Täter seit Jahrzehnten in aller Regel finanziell ohne Sorgen.

Insgesamt ist somit eine ambivalente Aufarbeitung der Geschichte zu konstatieren. Zu denken geben auch die folgenden Untersuchungsergebnisse: Das Schicksal der Opfer und Täter wirkt nicht nur bei den Betroffenen, sondern auch in den Generationen der Kinder und Enkelkinder im Familiengedächtnis nach, so Welzer (2012). Offenbar besteht in der Enkelgeneration ein Bedürfnis, die Haltung der Großväter zum Nationalsozialismus positiv zu werten, fast zu heroisieren. Aus ehemaligen Mitstreitern des Regimes werden häufig geradezu „Widerständler“ oder Regime-Gegner. Dies belegt die Welzer-Studie: „Opa war kein Nazi“ (2002), in der die Wissenschaftler Daten des Meinungsforschungsinstituts Emnid (1997 bis 2000, 142 Einzelinterviews und 40 Familieninterviews mit jeweils drei Generationen) auswerteten. Sie erkundeten die Einstellungen und Handlungsweisen der Familienangehörigen im Nationalsozialismus und erfragten, was an die Kindern und Enkel weitergegeben wird. Nach diesen Forschungsergebnissen gibt die Kinder- und Enkelgeneration über ihre Angehörigen, die im Nationalsozialismus gelebt haben an:

- 26 % der Angehörigen haben Verfolgten geholfen
- 13 % der Angehörigen waren im Widerstand aktiv
- 17 % der Angehörigen haben immer den Mund aufgemacht, wenn es darum ging, Unrecht beim Namen zu nennen
- lediglich 1 % der Angehörigen war an Verbrechen beteiligt
- ganze 3 % waren antijüdisch eingestellt.

Nach diesen Umfrageergebnissen hat fast niemand das Regime aktiv gestützt oder war Antisemit. Ein weiteres Forschungsergebnis zeigt: Je höher der Bildungsstand der Befragten war, desto mehr Widerständler gab es in den Familien. In zwei Dritteln der Gespräche über die Familien wurden Opfer- oder Heldenerzählungen berichtet. Die Großelterngeneration berichtete insbesondere von Leiden, Mut und Schlaueit. Kritische Rückblicke waren selten. Diese Erzählungen, so die Autoren (Welzer et al. 2012), spiegeln die Wünsche der Zuhörer nach moralisch korrekten Geschichten, da sie ihren Eltern/Großeltern loyal verbunden sind. Welzer et al. bezeichnen diese Verweigerungs- und Umschreibungsprozesse einer schrittweise gesteigerten Heldengeschichte als kumulative Heroisierung. Die Großeltern, die in der Regel Täter und Zuschauer waren, werden als Opfer der Systemzwänge, der Nachkriegsgeschichte und des Führers betrachtet. Somit werden das Wegsehen, das Mitmachen und die Taten der Angehörigen verdrängt.

Im Kontext der Beratung ist generell zu beachten, dass Erfahrungen und Traumatisierungen im Nationalsozialismus häufig an die folgenden Generationen weitergegeben und somit verschoben werden. Kriegsfolgen werden inkorporiert und äußern sich in verschiedensten Symptomen. Zeigen kann sich dies z. B. im heutigen Umgang mit Nahrungsmitteln oder indem familiäre Konflikte verleugnet werden und der Mythos einer harmonischen Familie aufrechterhalten wird. Diagnostisch sind Traumatisierungen zu fokussieren. Hierbei ist zu beachten, dass Traumatisierungen als diagnostische Kategorie bis in die Sechzigerjahre hinein nur wenig bekannt waren und nicht als Auslöser für psychische Erkrankungen erkannt wurden. Thematisiert wurden solche Phänomene hingegen im Konstrukt sogenannter „anlagebedingte Störungen“. Stattdessen wurde das spezielle Krankheitsbild der Dystrophie geschaffen, die man auf vorangegangene schwere Mangelernährung zurückführte. Rentenansprüche und Wiedergutmachungsleistungen, insbesondere von Holocaustüberlebenden, konnten so gerichtlich abgewehrt werden. Viele Psychoanalytiker wollten von den Kriegsfolgen nichts hören. Sie übernahmen Konzepte aus Amerika. Dieses klassische analytische Denken mit dem Ödipuskonflikt als zentralem Thema berücksichtigte nicht, dass Amerika keinen Nationalsozialismus hatte und keinen Krieg zu bewältigen hatte, somit keine Schuld und keine kollektiven Katastrophen zu verarbeiten waren. Auch die Mehrheit der deutschen Psychologen und Ärzte verdrängte die Spuren der Gewalt. Kriegserlebnisse wurden ignoriert.

Beratung und Therapie haben zu beachten: In vielen Familien ist auch heute noch sehr wenig konkretes Wissen über damalige Tatsachen vorhanden, obwohl der Nationalsozialismus in den letzten 20 Jahren in den schulischen Curricula ausführlich behandelt wird. Es soll zusammengefasst werden: Fragen nach den Kriegsfolgen und den eigenen Taten werden häufig auch heute noch nicht von älteren Familienangehörigen beantwortet. Allerdings wird öfter allgemein und anekdotisch aus dem Krieg berichtet. Schwarzer Humor und das Erzählen von Anekdoten aus dem Krieg sind häufig als Schutzmechanismen zu interpretieren. Um psychisch zu überleben wurde viel vergessen. In der Nachkriegszeit hieß es „darüber spricht man nicht, schau‘ nach vorn und sei froh, dass du noch lebst.“

Eingegangen werden soll noch auf die pädagogischen Konzepte des Nationalsozialismus und der Nachkriegszeit (die bereits z. T. auch schon vorher bestanden), die noch häufig unreflektiert bis in die heutige Zeit fortwirken. Die Ärztin Johanna Haarer (siehe Bode 2013) schrieb den Ratgeber „Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind“ mit Anleitungen zur Säuglingspflege und der frühkindlichen Dressur. Dieses Buch erschien 1949 in einer bereinigten Fassung erneut und erschien zuletzt 1987 als ein Standardwerk der Erziehung. Propagiert wurde, dass Kinder erst 24 Stunden nach der Geburt gestillt werden sollten und dass Babys im Wesentlichen sich selbst überlassen bleiben sollten. Kinder sollten nicht verzärtelt und verweichlicht werden, sondern der Nachwuchs sollte gestählt werden („Wehret den Anfängen!“). Die Reinhaltung der Rasse stand im Mittelpunkt. Babys sollten früh lernen, sich vor ihren Ausscheidungen zu ekeln, und das Füttern galt als eine Schlacht, die gewonnen werden musste. Das Baby soll nach diesem heute noch manchmal zu beobachtenden Dressurakt mit festem Griff bewegungslos gehalten werden, sodass es nur den Mund öffnen und schließen kann. Typisch war für Haarer eine rigide Reinlichkeitserziehung, in der Ekel gegenüber den eigenen Körperrausscheidungen erzeugt wurde. Oftmals wurden körperliche Strafen legitimiert durch den Satz „Es hat uns nicht geschadet, dann wird es dir auch nicht schaden“. Viele Eltern meinten später noch, dass es den Kindern trotz der schlechten Zeiten an nichts gefehlt habe. Dies erschwerte den späteren Erwachsenen das Eingeständnis der Realität ihrer Kindheit. In der frühkindlichen Pädagogik sollte der Willen der Kleinkinder gebrochen werden. Dies geschah auf dem Hintergrund, dass Erziehung keine Privatangelegenheit war, sondern Sache des ganzen Volks (im Gleichschritt).

Die Kriegszeiten führten auch dazu, dass Lebensphasen wie die Pubertät nicht gelebt werden konnten. Möglicherweise entstanden hieraus Entwicklungsdefizite.

Körperliche Gewalt in der Erziehung wurde bis vor wenigen Jahren oft noch durch den Merksatz legitimiert „Schläge haben noch keinem Kind geschadet“. Zu betonen ist, dass viele Kinder in der Nachkriegszeit nur wenig Fürsorge erhielten. Verluste konnten häufig nicht ausreichend betrauert werden. Die Kriegsheimkehrer waren oft traumatisiert und konnten daher häufig keine guten Väter sein. Traumatisierungen, mögliche Schuldgefühle und die allgemeine Verdrängung dieser Zeit führten dazu, dass Kinder mit ihren Eltern nur wenig über die Nazizeit sprachen. Ziel der Erziehung waren brave, nicht auffallende Kinder. Besonders in Flüchtlingsfamilien fehlte oftmals die Kompetenz mit Verlusten umzugehen; oftmals wurde diese Inkompetenz an die nächste Generation weitergegeben.

Betroffen von den Kriegsfolgen sind heute oft auch die sogenannten Kriegskinder und Kriegsenkel. Möglicherweise wurden ihnen von den traumatisierten Eltern Schäden zugefügt. Dies kann sich beispielsweise durch ein Desinteresse der Eltern an der psychischen Entwicklung des Kinds zeigen. Manche Eltern waren nicht in der Lage, sich wirklich auf ihr Kind einzulassen und ein Sensorium für das Leiden der Kinder zu entwickeln. Generell ist darauf hinzuweisen, dass sich die Folgen von Gewalterfahrungen sehr unterschiedlich zeigen können. Beispielhaft sei auf die Verteufelung von Sexualität in der Erziehung hingewiesen, die möglicherweise Folge von erlittener sexueller Gewalt sein kann. Erlittene Gewalt kann auch dazu beitragen, dass Vorurteile z. B. über „die Russen“ oder „die Polen“ weitergegeben werden. Mögliche Mangelerscheinungen, die die Eltern und Großeltern erlebten, können zu ständigen Hinweisen führen, dass die Kinder es doch heute so gut hätten. Die Folgen des Nationalsozialismus und des Kriegs äußern sich somit auf komplexen intrapsychischen und interpsychischen Ebenen. Mit Reddemann (2015) wird empfohlen, Personen aus der Kriegskindergeneration zu fragen, ob sie Zusammenhänge zwischen ihren Beschwerden und der NS-Zeit bzw. dem Krieg sehen und dabei in Betracht zu ziehen, dass z. B. Schlafstörungen, Gedächtnisstörungen oder Somatisierungen Kriegsfolgen sein können.

Übungsvorschläge

- ☐ Haben der Nationalsozialismus und die Nachkriegszeit für die heutige Soziale Arbeit aus Ihrer Sicht noch eine Bedeutung?
- ☐ In welchen Situationen sollten Sie sich heute noch in der Beratung auf den Nationalsozialismus und die Nachkriegszeit beziehen?
- ☐ Wenn Sie der Meinung sind, diese Themen sollten angesprochen werden, wie könnte das geschehen?
- ☐ Wenn Sie der Meinung sind, dieses Thema sei generell nicht mehr von Bedeutung, ist es dann Verdrängung, Leugnung, Verharmlosung, Entkriminalisierung des Grauens oder nicht von Bedeutung, weil seitdem so viel Zeit vergangen ist?
- ☐ Welche Bedeutung könnten der Nationalsozialismus und die Nachkriegszeit für die folgenden Arbeitsfelder bzw. Klientel haben?
 - ☐ Erziehung im Nachkriegsdeutschland
 - ☐ familiäre Probleme, Somatisierungen
 - ☐ Soldaten
 - ☐ durch Bomben geschädigte Personen
 - ☐ Flüchtlinge
 - ☐ Vertreibung, vermisste Angehörige
 - ☐ Zwangsarbeiter und ihre Nachkommen
 - ☐ Beeinträchtigte / behinderte Menschen
 - ☐ Homosexuelle
 - ☐ Psychiatrie
 - ☐ Kriegstraumata

Literatur

- Bode, S. (2009): Kriegsenkel. Die Erben der vergessenen Generation. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Bode, S. (2013): Die vergessene Generation. Klett Cotta, Stuttgart.
- DGB-Bildungswerk Thüringen: Eine Gegenrede,, Kopiervorlage, Baustein zur nicht-rassistischen Bildungsarbeit, DGB-Bildungswerk Thüringen e. V. (Onlineresource) Unter: www.baustein.dgb-bwt.de, o. J. [letzter Zugriff: 10.05.2015].
- Heinl, P. (1994): Maikäfer flieg, dein Vater ist im Krieg ... – Seelische Wunden aus der Kriegskindheit. Kösel, München
- Reddemann, L. (2003): Imagination als heilsame Kraft. Klett Cotta, Stuttgart.
- Reddemann, L. (2015): Kriegskinder und Kriegsenkel in der Psychologie. Folgen der NS-Zeit und des Zweiten Weltkrieges erkennen und bearbeiten – Eine Annäherung. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Sommer, S. (2014): Die Auseinandersetzung mit dem NS. Seminartext Hochschule Emden.
- Welzer, H./Moller, S./Tschuggnall, K. (2012): „Opa war kein Nazi.“ Nationalsozialismus und Holocaust im Familiengedächtnis. Fischer Taschenbuch, Frankfurt a. M., 8. Ausg.

3. Risiken und Nebenwirkungen

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 mögliche Schäden, Risiken und Nebenwirkungen nur sehr begrenzt und eher allgemein thematisiert (s. ausführlicher Beushausen 2014). Wie der Psychotherapie fehlt der psychosozialen Beratung eine nebenwirkungsorientierte Forschungstradition und Beratungs- und Behandlungskultur (für die Psychotherapie s. Märtens und Petzold 2002, Strauß et al. 2012). Dabei ist dies ein bedeutsames Thema. So zeigen (s. 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 Patienten nach einer Psychotherapie im Vergleich zu vorher verschlechtert. Es ist anzunehmen, dass auch Beratungsinterventionen Nebenwirkungen und Schäden aufweisen.

Professionelle Fehler und Defizite resultieren oftmals aus einer Kombination von persönlichem Versagen, mangelnder Reflexion, institutionellen Bedingungen und einem allgemeinen Leistungs- und Kostendruck. In diesem Kapitel werden typische Aspekte fokussiert. Tabellarisch werden im Weiteren verschiedene Fehler, Risiken und Nebenwirkungen kategorisiert. Abschließend wird erörtert, wie Risiken und Nebenwirkungen minimiert werden können. Auf mögliche Chronifizierungsprozesse wird im nächsten Kapitel gesondert eingegangen.

Für die psychosoziale Beratung liegen noch keine systematischen Kategorien für die Unterscheidung von Nebenwirkungen, Schäden und Risiken vor. Unterscheidungsmöglichkeiten aus der Psychotherapieforschung (s. ergänzend Strauß et al. 2012, Leitner 2011) bieten eine erste hilfreiche Kategorisierung. Otte (2002: 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 (z. B. depressive oder psychotische Reaktionen, Retraumatisierungen)
- Nebenwirkung bei Dritten, z. B. bei Angehörigen (etwa die Bedeutung der Unterbringung eines Kinds für die Geschwister oder die Eltern)

Nebenwirkungen und Risiken treten in verschiedenen Schweregraden auf. Ein Beispiel für eine überaus schwere Nebenwirkung in einer Beratung oder Therapie wäre eine akute Suizidalität. Leichte Nebenwirkungen wären beispielsweise Verzweiflung oder Unsicherheit und vorübergehende Beunruhigung während eines Gesprächs (s. Leitner 2011). Schigl und Gahleitner (2013) stellen im Kontext von unerwünschten Effekten den Begriff des Fehlers in den Mittelpunkt ihrer Systematik, sie unterscheiden Alltagsfehler, Fehler in schwierigen Situationen (inkl. Anfängerfehler), Kunstfehler und ethische Fehlhandlungen. Kunstfehler sind Fehler, die sich aus der unzureichenden Kompetenz des Therapeuten bzw. durch inkorrekt durchgeführte Interventionen ergeben.

In der folgenden Tabelle werden Nebenwirkungen und Risiken aufgrund der Missachtung ethischer Grundlagen aufgeführt und anhand von Beispielen kurz erläutert.

Kategorie	Inhalt	Beispiel
Sexuelle Grenzüberschreitungen	Alle Handlungen mit sexuellem Hintergrund Sexueller „Missbrauch“, Tatbestand nach § 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 Hintergrunds oder des hohen Körpergewichts abgewertet
Soziale Grenzverletzungen	Falsche professionelle Nähe und Distanz, der Beratungs- und Betreuungsrahmen wird gesprengt, es kommt zu Grenzverletzungen gegenüber dem Klienten	Der Berater bespricht mit dem Klienten 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 /verwandschaftlicher Beziehungen	Der Berater ist gleichzeitig Nachbar 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, etwa in der Suchtkrankenhilfe

Tabelle 1: Nebenwirkungen und Risiken aufgrund der Missachtung ethischer Grundlagen

In der nächsten 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, extremes Kontrollbedürfnis
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 gesprächs-therapeutischen Grundausrichtung wird der Klient mit seinem Verhalten nicht konfrontiert. Die Bedeutung von kausalen Behauptungen wird nicht realisiert (wenn z. B. aus einer schlechten Kindheit zwangsläufig geschlossen wird, dass die Prognose ungünstig ist), der Helfer vertritt die Position, dass Traumata grundsätzlich aufzuarbeiten sind
Mangelndes oder falsches Krisenscreening	Fehleinschätzungen von Risiken, eine Krise wird übersehen	Suizidalität wird übersehen, eine 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	Mangelnde Aktualisierung des Wissens, 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, Kommunikationsschwierigkeiten aufgrund von Über- oder Unterschätzung der kognitiven Fähigkeiten der Klienten	Versteht ein Migrant, der kurz in Deutschland lebt und Analphabet ist, die Bedeutung des Schulbesuchs 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 als 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
Umgang mit Übertragung und Gegenübertragungen	Unzureichende Reflexion der Übertragungen und Gegenübertragungen	Eine konkordante, komplementäre oder reziproke Gegenübertragung wird nicht analysiert
Noceboeffekte	Im Gegensatz zu Placeboeffekten geht es hier um negative Erwartungshaltungen, die auch unbewusst sein können und auf Lernmechanismen wie z. B. Konditionierungen oder einer negativen selbsterfüllenden Prophezeiung beruhen. So kann beim Klienten die Befürchtung aufgebaut werden, dass bestimmte äußere Einwirkungen „krank machen“ – diese Personen erkranken dann auch tatsächlich, bzw. es können die entsprechenden Symptome bei ihnen beobachtet und auch gemessen werden	Auslöser dieser Effekte können negative Erwartungen sein oder auch eine ausführliche Erörterung von möglichen Nebenwirkungen (auch einer psychosozialen Beratung oder Behandlung) Beispiel: „Die Behandlung in der Klinik wird Ihnen sicherlich nicht gut tun.“ Bereits die Benennung von negativen Affekten kann als Nocebo wirken. „Davor brauchen Sie eigentlich keine Angst haben.“ „Sie müssen sich gar nicht aufregen.“
Verstoß gegen Informations-, Dokumentations- und Schweigepflicht	Verweigerte Einsicht in die Unterlagen, Fälschung und inkorrekte Darstellung der Unterlagen, mangelnde Dokumentation oder Aufbewahrung, Verletzung der Schweigepflicht durch Informationsweitergabe an Dritte	Der Berater berichtet dem Partner oder den Eltern eines Klienten vom Verlauf der Beratung ohne Schweigepflichtentbindung
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

Tabelle 2: Nebenwirkungen und Risiken aufgrund von unprofessioneller Berufsausübung

In dieser 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 an Defiziten
Mangelnde Reflexion, 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, etwa 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 Bekanntheitskreise durch Bekannte aus den besuchten Einrichtungen ersetzt werden, Kinder werden mehrfach fremdplatziert, Betreuer werden ausgetauscht, die das alte Muster oder Formen einer „Mehr desselben“-Strategie fortsetzen
Erfolgsmessung	Die Messung der Wirkungen oder der Erfolge erfolgt über unzureichende und nicht sinnvolle Kriterien ¹	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 Mandats, Hilfe kann den Menschen abhängiger und hilfloser machen oder Integration in soziale Gemeinschaften durch Desintegration verfestigen	Die Situation eines Angehörigen wird nicht gesehen. Lediglich die alleinige Ausübung der Kontrollfunktion steht im Mittelpunkt.
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

Tabelle 3: Institutionsbedingte Fehler und Risiken

Angesprochen werden können in dieser Aufstellung nur 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 eine zu große Identifikation mit 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. Hierzu gehört das in den Medien diskutierte Burn-out. Andere Stichworte sind Erschöpfung, Entfremdungen und Realitäts- und Wahrheitsverluste. Eine Überidentifikation kann als Reaktion (auf z. B. Dauerbelastungen) zu einer Wahrnehmungsselektion und Interessenverarmung führen, in der von der Fülle des Lebens nur die berufsbezogenen Aspekte zur Kenntnis genommen werden. Eine andere Form von Helferdeformationen sind abrufbare Gefühle, wobei 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 führen zu Einfühlungsverlusten, einer mechanischen Akzeptanz oder einer überzogenen Technisierung der Konfrontation.

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

Um mögliche Risiken und Nebenwirkungen in der Beratung zu vermindern, steht die psychosoziale Beratung auch vor der Aufgabe, präventiv tätig zu werden. Hierzu gehört, dass Klienten zu Beginn der Beratung entsprechende Informationen („Beipackzettel“) erhalten, die für die Beratung noch expliziter zu formulieren sind. Generell sollte die psychosoziale Beratung ihre Interventionen mehr auf die gewünschten Wirkungen und somit auf die Wirkfaktoren ausrichten. Um Nebenwirkungen und Schäden präventiv zu vermeiden, ist selbstreflektierend 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.

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. Nicht zuletzt stehen psychosoziale Helfer immer in der Ambivalenz, Experte, also Wissender, sein zu müssen, während häufig die Position des „Nichtwissenden“ hilfreich ist (s. Kapitel Haltungen).

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 es, 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).

Schigl und Gahleitner (2013) differenzieren für den Umgang mit Fehlern in der Therapie drei typische Reaktionen, die für eine Fehleranalyse in der Beratung hilfreich ist:

- Den ersten Typ bezeichnen sie als „proaktiver Umgang – Alltagsfehler, schwierige Situationen und Kunstfehler“. Gemeint sind jene Fälle, in denen sich ein Helfer, z. B. in der Supervision, aktiv mit seinem Fehler auseinandersetzt. 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, ohne Unterstützung sein Verhalten zu verändern. Wird in Supervisionen und Weiterbildungen auf diese Phänomene hingewiesen, werden die Korrekturen meist 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. permanente Gegenfragen auf Beschwerden des Klienten, Antworten in Phrasen, Ausüben von Druck u. a. Bei diesem Typ ist der Helfer nicht einsichtig, eine Korrektur ist deshalb schwierig bis unmöglich.

Die vorgestellte Kategorisierung macht deutlich, dass eine Einordnung der schädigenden Wirkungen, Fehler und Risiken nicht einfach ist und oft schwer zu entscheiden ist, wer hierfür die Verantwortung trägt. Besonders schwierig wird eine Einordnung komplexer Probleme. Berater stehen vor der Aufgabe, dieses bedeutsame Thema 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.

Übungsvorschläge

- ☐ Reflektieren Sie in Arbeitsgruppen anhand der Tabellen mögliche Risiken und Nebenwirkungen in Ihrem Handeln im Kontext Ihrer Institution.
- ☐ Füllen Sie das nachfolgende Arbeitsblatt „Übungsaufgabe“ bezogen auf Ihr Arbeitsfeld aus.

Arbeitsfeld:

1. Welche Fehler, Risiken und Nebenwirkungen sind typisch für Ihr Arbeitsfeld?
2. Wie wird mit diesen umgegangen?
3. Welche Konsequenzen sollten gezogen werden?

Literatur

- Beushausen, J. (2014): Risiken und Nebenwirkungen (k)ein Thema für die Soziale Arbeit? Onlineveröffentlichung im ZKS-Verlag, Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Weitrandsdorf am 21.05.2014 (Onlineressource) Unter: http://www.zks-verlag.de/wp-content/uploads//8859-1Qrkungen_der_psycho-sozialen_Beratung.pdf [letzter Zugriff: 09.09.2015].
- Bleckwedel, J. (2008): Systemische Therapie in Aktion. Kreative Methoden in der Arbeit mit Familien und Paaren. V.&R., Göttingen.
- Koschier, A. (2012): Beziehung als Risikopuffer? Ausschnitte aus einer Studie zu Risiken und Nebenwirkungen der Psychotherapie in Österreich. In: Zeitschrift für Klinische Sozialarbeit 8(4) / 2012. ZKS-Verlag. Weitrandsdorf, S. 8–9 (Onlineressource) Unter: http://www.zks-verlag.de/wp-content/uploads/KlinSA_2012_8-4_2408.pdf [letzter Zugriff: 09.09.2015].
- Leitner, A. (2011): Psychotherapie auf dem Weg ... Entwicklungen – Wirkungen – Nebenwirkungen – Negativeffekte. In: Integrative Therapie: Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methoden. Band 37. FPI-Publikationen. Wiesn, S. 7–3
- Märtens, M./Petzold, H. (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Therapie. Matthias Grünewald, Mainz
- Otte, Hilka (2002): Mögliche Risiken und Nebenwirkungen der Integrativen Therapie – Überlegungen zu „risikosensiblen“ Arbeitsformen. In: Märtens, M./Petzold, H. (Hrsg.): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Therapie. Matthias Grünewald, Mainz, S. 181–215.
- Schlippe von, A./Schweitzer J.(2009): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen. V.&R., Göttingen
- Schlippe von, A./Schweitzer, J.(2012): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Das Grundlagenwissen I. V.& R. Göttingen.
- Schweitzer-Rothers, J.(2002): Wege aus psychiatrischen Chronifizierungsprozessen: Beratungstechniken für Prävention und Rehabilitation. In: Keller/Greve (Hrsg.): Systemische Praxis in der Psychiatrie. Auer, Heidelberg
- Schigl, B./Gahleitner, S. B. (2013): Fehler machen – aus Fehlern lernen? – Perspektiven zur Klassifizierung von psychotherapeutischen Fehlern und dem Umgang damit. Psychotherapie-Wissenschaft, [S.l.], v. 3, n. 1, pp. 23–33, mär. 2013. ISSN 1664–9591. Verfügbar unter: <http://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/psy-wis/article/view/1001>, [Zugriff am: 06.08.2015].
- Strauss, B./Linden, M./Haupt, M.-L./Kaczmarek, S (2012): Unerwünschte Wirkungen, Nebenwirkungen und Fehlentwicklungen. Systematik und Häufigkeit in der Psychotherapie in: Psychotherapeut. Nr. 5, S. 385–394.

4. Die Chronifizierung psychosozialer Probleme – Beiträge des Helfers und seiner Institutionen

Psychosoziale Helfer, Berater, Betreuer und Therapeuten tragen oftmals mit ihrem Verhalten und den Konzepten ihrer Institutionen unbeabsichtigt zu einer Chronifizierung ihrer Klienten bei (s. ausführlicher Beushausen 2013, 2014).

Der Begriff chronisch (aus dem Griechischen von *chrónos*, „die Zeit“) beschreibt 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. In psychosozialen Kontexten 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 vorliegen wird. Hier wird bereits fälschlicherweise davon ausgegangen, dass sich die Zukunft voraussagen lässt. Zukunft kann immer nur für Wahrscheinlichkeiten vorhergesagt, d. h. konstruiert werden. Hierbei gilt, je komplexer Verhaltensweisen sind, desto weniger lassen sich diese konkret vorhersagen. Während die Verwendung des Begriffs der „Chronizität“ für viele somatische Erkrankungen, etwa für eine Demenz, ein nützliches Konzept ist, ist die Verwendung dieses Begriffs bei vielen bio-psycho-sozialen 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 Burn-out chronisch sein? Gibt es einen chronischen Arbeitseifer?

Zum Verständnis der Chronifizierung ist eine Differenzierung von Simon (2007) hilfreich. Er unterscheidet drei Muster der Chronifizierung.

1. In seinem Beispiel besucht er nach einigen Jahren erneut das Konzert eines Sängers. Beim ersten Besuch des Konzerts war er begeistert. Beim zweiten Besuch stellt er fest, dass der Sänger fast dasselbe Konzert wie beim ersten Besuch darbietet. Im Gegensatz zu Simon sind die Zuschauer begeistert. Er reflektiert diese Empfindungen und erinnert sich an die eigenen Wiederholungen der von ihm erzählten Witze und Geschichten in seinen Seminaren. F. Simon bilanziert, dass Chronifizierungen einen Kontext benötigen, der eine Wiederholung dieser Verhaltensweisen ermöglicht. Beim o. g. Beispiel des Konzertbesuchs ermöglicht das Vorhandensein eines immer neuen Publikums, dass dasselbe Konzert aufgeführt werden kann. Diese Formen einer Chronifizierung lassen sich für viele Lebensbereiche beschreiben. Oftmals ist dies nicht problematisch: Dozenten können in jedem Schuljahr oder Studienjahr wieder ihre Aufzeichnungen verwenden, Beratungsunterlagen können für weitere Klienten genutzt werden. Das „chronische Verhalten“ kann fortgesetzt werden. Problematisch ist dies beispielsweise, wenn in langjährigen Betreuungen nicht reflektiert wird, wie Betreute ihr „chronifiziertes Verhalten“ fortsetzen können, ohne dass dies durch die Helfer problematisiert wird.
2. Für den 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.
3. In einem dritten Muster beschreibt Simon einen „funktionellen Autismus“, den er rigiden Institutionen innerhalb von Kirchen, Sekten, Therapiegesellschaften u. a. Institutionen zuschreibt. Hier wird, unabhängig vom Wandel der Gesellschaft, die bestehende Ordnung etabliert, aufrechterhalten und an ewigen Wahrheiten festgehalten. 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, wird Abweichung verhindert.

Chronifizierung ist bei all diesen Formen Teil einer Überlebensstrategie. Sie ist somit subjektiv sinnvoll und passt zu den Bedingungen der Person und seiner Umwelten (bzw. der Organisation). Dies bedeutet in der Konsequenz: Was sinnvoll und somit erfolgreich ist, wird stetig 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-Beziehungen bleiben 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, 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 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. Meistens greifen im Prozess einer Chronifizierung die kommunikativen Handlungen vieler Beteiligten 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.

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 schwieriger machte.

Um einen Chronifizierungsprozess zu vermeiden, sind unerwünschte Nebenwirkungen zu fokussieren, die das problematische Verhalten und die Krankenrolle verfestigen oder erhalten. Etwa 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 perspektivarmen 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 hervorbringen. 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 typische Elemente, die zu einer Chronifizierung beitragen, benannt werden:

- 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 (z. B. die Angst eines langjährigen psychisch kranken Arbeitslosen vor einem Berufseinstieg, die eben nicht unbedingt Ausdruck der Pathologie sein muss, sondern auch dadurch bedingt sein kann, dass ungewohnte Situationen ängstigen).
- Eine Chronifizierung wird eher erreicht, 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 (Schweitzer-Rothers 2002). In diesen Fällen wird die Behebung dieses Verhaltens einem anderen Funktionssystem zugewiesen. Es reagiert dann z. B. das Justizsystem mit einer Anzeige oder das 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 pathologisierend.
- Klinikaufenthalte und lange Arbeitsunfähigkeit verstärken zirkuläre Chronifizierungsprozesse.
- Wird primär eine Frührente, ein Behindertenausweis, der Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen oder ein betreuter Wohnplatz gewünscht, ist dies eher mit einer chronischen Erkrankung zu erreichen.
- Lange Zeiträume wirken gewohnheitsbildend, Patienten sind es nicht mehr gewohnt, selbstständig zu leben oder als Arbeitnehmer tätig zu sein.
- Oftmals werden soziale Probleme zu psychischen Problemen. Beispielsweise wurde in einem Fall der Psychiatrieaufenthalt erheblich verlängert, da ein Klient keine eigene Wohnung fand. Typisch ist zudem der Fall, wenn bei Kindern ein erheblicher Bewegungsdrang zu der Konstituierung einer psychischen Diagnose, hier einer ADHS-Diagnose mit der Vergabe von Ritalin medikalisiert wird. 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.
- Es ist zu überprüfen, ob das Angebot eines Trägers, etwa mit einer Teestube, einem strukturierten Tagesangebot, einer Tagesklinik, einer Selbsthilfegruppe etc. einem Gesundungsprozess langfristig eher schadet oder nützlich ist. Die Träger dieser Einrichtungen haben daher auch ihre eigenen Interessen zu reflektieren und zu überprüfen, ob 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.
- Aufseiten der Betreuer und der Behandelnden beeinflusst die Weitergabe pessimistischer und pathologisierender Bewertungen in Gesprächen, Fallbesprechungen und Berichten eine negative Haltung.
- Als problematisch erweist es sich, wenn langjährige Betreuungsangebote unreflektiert weitergeführt werden. Möglicherweise werden Betreuer ausgetauscht, die das alte Muster oder Formen einer „Mehr desselben“- Strategie fortsetzen.

Mit einem 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 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 entlohnern). 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 werden. Pro und Contra eines Chronifizierungsprozesses können im Gespräch mit dem Klienten zusammengefasst und zugespitzt werden, 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 sich anschließend einen Lebensweg zu wählen. Trifft der Klient die Entscheidung, der Chronifizierung entgegenwirken zu wollen, ist zu überlegen, wer in den Lösungsprozess eingebunden werden kann. Möglicherweise sind Absprachen über zeitlich begrenzte Hilfen zu vereinbaren.

Trifft der Klient mit seiner Autonomie die Entscheidung, chronisch krank zu bleiben und weiter betreut werden zu wollen, aber keine Heilung anzustreben, sollten die Helfer den Auftrag neu klären. Für die Betreuer ergibt sich dann eine neue, möglicherweise klarere, Auftragssituation, in der zu entscheiden ist, ob eine Begleitung des Klienten ohne grundsätzliche Veränderungsimpulse erfolgen soll oder eine Beratungspause sinnvoll sein könnte.

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 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?“ Ein Klient könnte auch gefragt werden, wie groß sein Interesse an einer „Umschulung“, weg vom Status des chronisch Kranken zu einem neu zu definierenden Status, ist.

Im Berufsalltag ist immer wieder zu reflektieren, inwieweit Helfer unbeabsichtigt und in guter Absicht zu einer Chronifizierung statt 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 beispielsweise Klienten aus finanziellen Interessen an die eigene Person oder die Institution gebunden werden.

Übungsvorschlag

Reflektieren Sie in einer Kleingruppe, inwieweit Sie als Helfer im Kontext Ihrer Institution zu einer möglichen Chronifizierung beitragen. Diskutieren Sie zudem Möglichkeiten einer Entchronifizierung.

Literatur

- Beushausen, J. (2013): Die Chronifizierung psychosozialer Probleme – Beiträge des Helfers und seiner Institution. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 5/2013b (TUP), S. 341–346.
- Beushausen, J. (2014): Risiken und Nebenwirkungen (k)ein Thema für die Soziale Arbeit? Onlineveröffentlichung im ZKS-Verlag, Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Weitrandsdorf, am 21.05.2014 unter http://www.zks-verlag.de/wp-content/uploads//8859-1Qrkungen_der_psycho-sozialen_Beratung.pdf
- Schlippe von, A./Schweitzer, J. (2009): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen. V. & R., Göttingen.
- Schlippe von, A./Schweitzer, J. (2012): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Das Grundlagenwissen I. V. & R., Göttingen.
- Schweitzer-Rothers, J. (2002): Wege aus psychiatrischen Chronifizierungsprozessen: Beratungstechniken für Prävention und Rehabilitation. In: Keller/ Greve (Hrsg.): Systemische Praxis in der Psychiatrie. Auer, Heidelberg
- Simon, F. B.(2007): Die Kunst, nicht zu lernen und andere Paradoxien in Psychotherapie, Management, Politik. Auer, Heidelberg.

5. Übungsbogen

Mit dem „Neun-Felder-Modell nach Rieforth und Graf“ wird als erster Übungsbogen ein Formular vorgestellt, mit dem Veränderungswünsche des Klienten erhoben werden können. Mit dem folgenden zweiten Arbeitsbogen kann das Reframing geübt werden. Im dritten Kapitel wird eine Übung vorgestellt, mit der Berater ihre eigenen beruflichen Anteile (Selbstanteile) näher kennenlernen können. Das vierte Kapitel beinhaltet ein Formular, mit dem Berater Antworten auf Klientenäußerungen (gesprächstherapeutisch, unterstützend, ressourcenorientiert, konfrontierend) formulieren können. Im Anschluss wird ein fünftes Formular für ein ausführliches Gesprächsprotokoll dargestellt. Abschließend werden in einer tabellarischen ausführlichen Übersicht Interventionstechniken aufgelistet.

5.1 Das Neun-Felder-Modell nach Rieforth und Graf

Rieforth und Graf (2014) stellen mit ihrem „Neun-Felder-Modell“ ein Übungsverfahren vor, mit dem bezogen auf die verschiedenen Zeitebenen Veränderungswünsche eines Klienten differenziert erhoben werden können. Die Autoren gliedern ihr Arbeitsblatt wie folgt:

Wunsch / Bedürfnis (Ebene 3)	Wie haben Sie Ihren Wunsch/Ihr Bedürfnis damals erlebt?	Welche Veränderung wünschen Sie sich?	Was würde die gewünschte Veränderung für Sie bedeuten?
Ressourcen (Ebene 2)	Welche Fähigkeiten waren damals hilfreich – und was haben Sie damals getan?	Was wäre für Sie jetzt hilfreich? Was wollen Sie jetzt dafür tun?	Wie wollen Sie dies auch in Zukunft sicherstellen – und was wollen Sie für diese Veränderung tun?
Problem (Ebene 1)	Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Problem?	Was genau erleben Sie momentan als Problem?	Wie, glauben Sie, wird sich das Problem in der Zukunft entwickeln?
	Vergangenheit (Ebene 4)	Gegenwart (Ebene 5)	Zukunft (Ebene 6)

Tabelle 4: Das Neun-Felder-Modell (NFM)

Quelle: Rieforth/Graf 2014: 206

Übungsvorschläge

- ☐ Füllen Sie alleine, zu zweit oder in einer Kleingruppe bezogen auf eine bestimmte Thematik (z. B. der Wunsch eines Klienten, den Arbeitsplatz zu wechseln) das Arbeitsblatt aus, indem Sie jeweils eine entsprechende Frage stellen.
- ☐ Üben Sie, diese Fragen in einem Rollenspiel zu stellen.

Rieforth und Graf empfehlen mit der Exploration der Problemsituation (Ebene 1) zu beginnen, dann auf die Ebene des Wunsches (Ebene 3) zu wechseln und dort die zunächst gewünschte Veränderung bewusst zu machen und durch die Erarbeitung der drei Zeitzeonen zu konkretisieren. Im Anschluss erfolgt die Erhebung der Ressourcen in der Ebene 2 mit den Überlegungen zur Umsetzung des Wunsches.

Literatur

Rieforth, J./Graf, G.: (2014): Tiefenpsychologie trifft Systemtherapie. Eine besondere Begegnung. V & R, Göttingen.

Arbeitsblatt: Das Neun-Felder-Modell

Wie haben Sie Ihren Wunsch/ Ihr Bedürfnis damals erlebt?	Welche Veränderung wünschen Sie sich?	Was würde die gewünschte Veränderung für Sie bedeuten?
Welche Fähigkeiten waren damals hilfreich – und was haben Sie damals getan?	Was wäre für Sie jetzt hilfreich? Was wollen Sie jetzt dafür tun?	Wie wollen Sie dies auch in Zukunft sicherstellen – und was wollen Sie für diese Veränderung tun?
Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Problem?	Was genau erleben Sie momen- tan als Problem?	Wie, glauben Sie, wird sich das Problem in der Zukunft entwickeln?

5.2 Reframing

Der Sänger Stevie Wonder erzählt in einem Interview, als Frühgeburt sei er in einen Brutkasten gelegt worden und dort durch Sauerstoffmangel erblindet. Mit ihm sei noch ein zweites Kind in den Brutkasten gelegt worden, das dort verstarb. Daher sei er ein Glückskind, denn er habe überlebt. Stevie Wonder konnte so offenbar sein Handikap positiv umdeuten.

Reframing ist eine bedeutsame Interventionsform geworden, mit der eine Unterbrechung alter Bewertungen oder eine Neubewertung bislang negativ bewerteter, störender Empfindungen, Verhaltensweisen oder Interaktionsmuster erzielt werden soll (vgl. von Schlippe/Schweitzer 2012). Dies bezieht sich z. B. auf Selbstanklagen, Selbstabwertungen und negative Bewertungen anderer Personen. Beim Reframing wird einem Geschehen ein neuer Sinn in einem anderen Rahmen (frame) gegeben. Das Problem wird auf einen anderen Kontext bezogen, es wird ihm ein anderer „Sinn“ zugewiesen. Generell wird ein Geschehen in einem anderen Licht bzw. aus einer neuen Perspektive erzählt, da Kontextmarkierungen den sozialen Sinn einer Kommunikation bestimmen. Gelingt ein Reframing, verblüfft dies den Klienten und ermöglicht so neue Bewertungen.

Umdeutungen können bereits erfolgen, indem der Klient gebeten wird, fiktiv einen anderen Standpunkt, eine andere Perspektive einzunehmen. Ihm könnte beispielsweise vorgeschlagen werden, zu überlegen, wie ein wohlwollender Freund dieses Verhalten interpretieren würde und was er ihm raten würde. Auch zirkuläre Fragen können dazu anregen, Verhaltensweisen neu zu interpretieren.

Von Schlippe und Schweitzer unterscheiden drei, nicht klar voneinander abgrenzbare Formen des Reframings. Beim Bedeutungsreframing wird das Licht, in dem die Geschichte erzählt wird, verändert. Eine Selbstabwertung wird hier etwa zu einer übermäßigen Bescheidenheit umgedeutet. Beim Kontextreframing wird überlegt, welcher Kontext denkbar wäre, unter dem das Problem bzw. das problematische Verhalten sinnvoll sein könnte und möglicherweise sogar eine Lösung darstellen kann (vgl. von Schlippe/Schweitzer 2012). Beispiel: Einem Jugendlichen mit starkem Bewegungsdrang, der nicht in der Lage ist, länger eine sitzende Tätigkeit auszuführen, kann empfohlen werden, als Fahrradkurier tätig zu werden. Beim Inhaltsreframing wird versucht, das beklagte Verhalten und die dahinter liegende „gute Absicht“ zu trennen oder für ein schwieriges Verhalten eine Perspektive zu finden, welche unter diesem Verhalten einen Sinn ergibt. Bei dieser Form wird die negative Beschreibung des beklagten Problems beibehalten, jedoch eine weniger problematische Form gesucht. Beispiel: Überlegt wird, inwieweit ein problematischer Drogenkonsum zu weniger Risiken führt.

Beim Einsatz solcher Umdeutungen ist unbedingt der jeweilige Kontext zu beachten, damit sich der Klient in seinem Leid ernst genommen fühlt. Umdeutungen dürfen auf keinen Fall zynisch wirken, indem man versucht, ein Leid lediglich zu beschwichtigen. Beispiel: Ein Kind wohnt mit drei weiteren Geschwistern in einem Zimmer. Hier das eigene Bett noch als eigenes Reich umzudeuten, wird möglicherweise nicht als hilfreich verstanden. Umdeutungen sollten auch in keiner Weise zur reinen Gewohnheit werden oder Taktik im Beraterverhalten sein. Eine Umdeutung muss grundsätzlich angemessen und passend sein. Grenzen haben Umdeutungen auch dann, wenn es um eindeutig schädigende Verhaltensweisen wie Gewalt oder Mobbing geht. Erinnert sei hier an die unseligen Umdeutungen von Sexual- oder Gewaltstraftätern, mit der die Straftat bagatellisiert werden soll. Solchen Umdeutungsversuchen ist deutlich entgegenzutreten.

Übungsvorschlag

Empfohlen wird, das Reframing zu üben. Hierzu kann das folgende Arbeitsblatt (Reframing-Übungsbogen) genutzt werden.

Literatur

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

Reframing-Übungsbogen

Verhalten	Ideen zu anderen, möglicherweise positiven Interpretationen
aggressiv sein	
alles kontrollieren wollen	
distanzlos sein	
Gewalt einsetzen	
kein Interesse haben	
in Gedanken abwesend sein	
faul sein	
sich nicht entscheiden können	
mobben	
unruhig sein	
tratschen	
unfreundlich sein	
sich oft streiten	
sich zurückziehen	
andere im Gespräch unterbrechen	
xx	

5.3 Übung „Selbstanteile des Beraters“

Die Teilnehmer werden gebeten, sich vorzustellen, in Kontakt mit ihrem „Selbstanteil des Beraters“ zu treten, so, als würden sie jemand treffen, über den sie mehr erfahren möchten. In diesem Konzept wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch über mehrere Anteile verfügt. (Die Gestalttherapie, die Traumatherapie und die Hypnotherapie entwickelten Methoden zum Umgang mit verschiedenen Identitätsanteilen. In den letzten Jahren beschäftigte sich hiermit insbesondere die Ego-State-Therapie.)

Folgende Fragen könnten hilfreich sein:

■ Wie können Sie diesen Selbstanteil beschreiben, welche „Gestalt“ hat er?
■ Wann und wie kam dieser Anteil in Ihr Leben?
■ Hat dieser Selbstanteil unterschiedliche Teile?
■ Wer hat diesen Anteil geprägt, durch welche Theorien und Personen ist er besonders beeinflusst?
■ Welche Stärken und Schwächen hat dieser Teil?
■ Was sind seine Grundüberzeugungen? Was ist ihm wichtig
■ Wie sind die Beziehungen zu den anderen Selbstanteilen?
■ Für die Erfüllung welcher Grundbedürfnisse sorgt dieser Anteil?
■ Was würde diesem Selbstanteil gut tun?
■ Wenn eine Veränderung dieses Selbstanteils notwendig ist, wie sollte dieser sich verändern?

Arbeitsbogen 5

Quelle: eigene Darstellung

Literatur

Fritsche, K./Hartmann, W. (2010): Einführung in die Ego-State-Therapie. Auer, Heidelberg.
Rahm, D. (1986): Gestaltberatung. Grundlagen und Praxis integrativer Beratungsarbeit. Junfermann, Paderborn.

5.4 Antworten suchen auf Klientenäußerungen

Versuchen Sie, jeweils eine Antwort zu finden. Sollte der jeweilige Kontext nicht deutlich sein, konstruieren Sie bitte einen möglichen Zusammenhang.

Klientenäußerung	Antwort des Beraters – gesprächstherapeutisch ¹	Klärung der Hintergründe	Antwort des Beraters – unterstützend	Antwort des Beraters – ressourcenorientiert	Antwort des Beraters – konfrontierend
Mein Partner versteht mich nicht.	Es ist Ihnen sehr wichtig, dass Ihr Partner Sie versteht.	Können Sie erzählen, wieso Sie diesen Partner gewählt haben?	Was könnte für Sie hilfreich sein?	Wann versteht er Sie? Beschreiben Sie bitte diese Situationen.	Was hält Sie noch in dieser Beziehung, wenn Ihr Partner Sie nicht versteht?
Streiten ist mir sehr unangenehm.					
Schon mein eigenes Äußeres mag ich nicht leiden.					
Eigentlich sollten Sie mir doch helfen.					

Ich weiß nicht mehr,
was ich machen soll.

Morgens mag ich
gar nicht mehr auf-
stehen.

Was meinen Sie
denn, wie ich mich
entscheiden soll?

Klientenäußerung	Antwort des Beraters – gesprächstherapeutisch	Klärung der Hintergründe	Antwort des Beraters – unterstützend	Antwort des Beraters – ressourcenorientiert	Antwort des Beraters– konfrontierend
Oft bin ich sehr niedergeschlagen.					
Auf andere Menschen kann man sich nicht verlassen.					
Wenn ich unter mehreren Menschen bin, fühle ich mich überflüssig.					
Da kommt sicherlich Schlimmes auf mich zu.					

Klientenäußerung	Antwort des Beraters – gesprächstherapeutisch	Antwort des Beraters – unterstützend	Antwort des Beraters – ressourcenorientiert	Antwort des Beraters – konfrontierend
Eigene Beispiele:				

Arbeitsbogen 5: Antworten auf Klientenäußerungen

Literatur

Rodgers, C. (2012): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Client-Centered Therapy, Fischer. Frankfurt.
Weinberger, S. (2013): Klientenzentrierte Gesprächsführung: Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe. Beltz Juventa, Weinheim und Basel.

Gesprächsprotokoll

Vorgestellt wird als nächstes der Gesprächsprotokollbogen eines Berufsbildungszentrums, beispielhaft ausgefüllt von einer Teilnehmerin unserer Beratungsfortbildung sowie ein Arbeitsbogen. Im Anschluss wird ein Erhebungsbogen, ebenfalls für diesen Arbeitsbereich, dargestellt.

Kurzprotokoll	Datum: xx		IBB – Standort: X		Kursbezeichnung: X						
IBB – Mitarbeiter:	Gesprächspartner: Frau X										
Erstgespräch X	Interview	Anderes Gespräch	Beratung X	Zielklärung X	Überweisung: Jobcenter Evaluation						
Kontext: Die zu Beratende, im Folgenden als TN (Teilnehmerin) bezeichnet, ist Kundin beim Jobcenter und seit dem 03.02.2014 Teilnehmerin beim IBB Institut für Berufliche Bildung an einer Qualifizierungs-Maßnahme zur Wiedereingliederung in einen Beruf in Teilzeit und hat in diesem Rahmen die Beratung gesucht.											
Vorgeschichte des Gesprächs Die TN ist 44 Jahre alt, alleinerziehend, hat vier Kinder, davon leben zwei (14 u. 19 Jahre) in ihrem Haushalt. Sie ist seit ihrem 10. Lebensjahr in der Landwirtschaft ihrer Eltern verantwortlich tätig, hat eine Ausbildung zur Bekleidungsnäherin erfolgreich abgeschlossen und ist seit elf Jahren ohne berufliche Tätigkeit. Sie hat in der Erhebung mehrere Gründe für den gewünschten Beratungsbedarf angegeben.											
aktuelle Befindlichkeit	1	2	3	4	X	5	6	7	8	9	10
Gesprächsanlass/ Gesprächsbedarf: Die TN neigt im Gesprächsverhalten zu ausgeprägtem Negieren, das blockiert ihre Motivation. Jetzt möchte sie über „Probleme“ sprechen und erhofft sich Unterstützung seitens der pädagogischen Betreuung, um diese „in Angriff“ zu nehmen.											
mögliche Ziele der Beratung bestehende Konflikte benennen - Ressourcen aufdecken - umlenken der Gedanken zum Positiven											
Setting Einzelgespräch											
Neue Informationen: TN beschreibt in der Erstgespräch-Erhebung folgende Konflikte bzw. Stressoren: familiäre Konflikte/Probleme in der Kindeserziehung / Suchterkrankung/Schulden/ psychische Belastungen und Ängste/Gewalterfahrungen (körperlich/sexuell)/gesundheitliche Einschränkungen durch Übergewicht											
Hypothesen Ich kann (das) nicht (mehr) / das war und ist mir zu viel / ich lasse niemanden in meine Nähe und habe mich deshalb „in den Schutz meiner eigenen Burg“ zurückgezogen											

Risikofaktoren:	
Selbstanbindung gestört, deshalb starker Rückzug und vermeidendes Verhalten mit Suchtproblematik (Essstörung, Zigarettenkonsum, massiver Handykonsum) mit negativen Auswirkungen auf die gesamte Kernfamilie, ausgeprägte Familienkonflikte, Hilflosigkeit aller Beteiligten, gering ausgeprägtes soziales weiteres Netzwerk (als Folge) siehe auch Koordinatensystem	
Ressourcen:	
hohe Veränderungsbereitschaft/Willenskraft/mentale Stärke/eine gute Freundin	
Protokoll	
Verlauf:	Maßnahmen:
Die TN beschreibt ihre Lebenssituation von der Kindheit an bis jetzt als sehr negativ. Sie musste bereits im Alter von zehn Jahren verantwortlich in der Landwirtschaft der Eltern mitarbeiten. Im Anschluss an eine Ausbildung zur Bekleidungsnäherin heiratete sie und bekam vier Kinder. Die Ehe wurde auf Grund von gewalttätigen Übergriffen und Alkoholerkrankung des Ehemannes geschieden, dieser ist mittlerweile verstorben. Die TN war also früh alleinerziehend und überfordert mit der Erziehung von vier Kindern. Sie spürt auch nach elf Jahren noch immer die gewalttätigen Übergriffe des Ehemannes. Sie ist über die mangelnde Unterstützung ihrer Familie sehr enttäuscht. Das habe sie und könnte eigentlich die Reaktion der Familie nachvollziehen. Sie möchte gerne abnehmen, denn sie schämt sich für ihr Aussehen. Überlegt lange - weiß sie nicht, sei aber mindestens elf Jahre her. Nach dem letzten (4.) Kaiserschnitt sei sie auch nicht mehr zur Nachsorge gegangen. Sie traut sich auch nicht weil sie sich so schämt. Sie macht sich große Sorgen um ihre beiden jüngsten Töchter, die beide noch in ihrem Haushalt leben. Die ältere von beiden „ritzt“ und bietet sich über Facebook an und verabredet sich dann in ihrem Haushalt mit den Jungen/Männern. Das kann sie von der jüngeren Tochter nicht fernhalten. Diese belasten die Umstände zu Hause. Sie ist ratlos, wie sie das in den Griff bekommen soll. Beruflich hätte sie den Beruf der Bekleidungsnäherin erlernen wollen und war damals stolz, dies auch geschafft zu haben. Nun weiß sie gar nicht, welcher Tätigkeit sie nachgehen soll. Sie weiß aber, dass sie etwas arbeiten möchte, hat jedoch Angst, etwas zu schreiben, weil sie es nicht so gut kann.	Sie und ihre Kinder leiden bis heute an den Folgeerkrankungen. Sie nehmen keine professionelle Hilfe in Anspruch. Warum? Frage: Haben Sie diese Familie früher selbst einmal enttäuscht? Frage: Abnehmen ist eine gute Idee, müsste aber ärztlich betreut werden. Wann war sie zum letzten Mal bei einem Arzt? Für das Thema Gesundheitsvorsorge wird es einen Extra-Beratungstermin geben. Für dieses Thema wird es einen Extra-Beratungstermin geben. Das Angebot, „Ich kann das nicht“ auf ein DIN A4-Blatt zu schreiben, nimmt sie an. Das Angebot, das Blatt nun zu zerknüllen, nimmt sie auch an. Das Angebot, das zerknüllte Blatt wegzuschmeißen, nimmt sie auch an. Das Angebot, einen Gegen-Satz zu bilden, nimmt sie auch an: „Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg“ Das Angebot, dies auf ein DIN A4-Blatt zu schreiben, kann sie nicht umsetzen. Sie bekommt das Angebot, dass ich für sie schreibe, das nimmt sie leichtert an. Sie bekommt ein Kärtchen mit ihrem Gegen-Satz, dieser möge sie nun die nächsten Wochen begleiten.

Ziele:	Vereinbarungen:		
Die benannten Konflikte nach Priorität sortieren und bei Nr. 1 anfangen.	Zum nächsten Beratungsgespräch überlegen, was ihr z. Zt. am wichtigsten erscheint. Sich nochmal schriftlich eine Übersicht über alle Herausforderungen erstellen.		
Gesprächsevaluation/ weiteres Vorgehen:			
hilfreich/ positiv:	wenig hilfreich/ zu verändern:		
TN: Es hat gut getan, dass mal jemand geduldig zuhört. Setting hat gewirkt. Erfreuliche Struktur in der Beratung. Prozentuale Redeanteile waren gut verteilt.	Die Zeit sollte eingehalten werden.		
Informationen einholen:	weiteres Vorgehen:		
Welcher Zeitraum ist für den weiteren Prozess angemessen?	Beratungszeit verlängern oder weniger tiefend arbeiten?		
weiteres Gespräch geplant am: xx	um: 11.00 Uhr	Geplante Anwesenheit: TN, I. de Boer	Ort: X

Abbildung 1: Gesprächsprotokoll ausgefüllt

Kurzprotokoll	Datum:	Institution:								
Mitarbeiter:	Gesprächspartner:				Überweisung:					
Erstgespräch	Krisengespräch	Beratung	Zielklärung	Auftragsklärung						
Anderes Gespräch:										
Kontext:										
Vorgeschichte des Gesprächs/Verlauf seit dem letzten Gespräch:										
Aktuelle Befindlichkeit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gesprächsanlass/Gesprächsbedarf:										
Neue Informationen:		Hypothesen:								

Risikofaktoren:	Ressourcen:
Protokoll	
Verlauf:	Maßnahmen:
Ziele:	Vereinbarungen:

Gesprächsevaluation/ weiteres Vorgehen:				
hilfreich/ positiv:		wenig hilfreich/ zu verändern:		
Informationen einholen:		weiteres Vorgehen:		
weiteres Gespräch geplant		am:	um:	Ort:

Arbeitsbogen 6: Gesprächsprotokoll Vorlage

6. Der Kontext der sozialen Lebenslagen

Die soziale Lebenslage beeinflusst in vielfältiger Weise die subjektive und objektive gesundheitliche Situation der Menschen und somit auch den Beratungsprozess. Diese Belastungen sind daher in der Beratung immer zu eruieren und zu kontextualisieren. In diesem Kapitel werden ausgewählte Forschungsergebnisse zusammengefasst, mit denen Zusammenhänge zwischen der sozialen Lage und der Gesundheit von Individuen und Familien beschrieben werden. Nach einführenden grundlegenden Anmerkungen über die soziale Ungleichheit gehe ich auf ausgewählte soziale Problematiken (soziale Schicht, Armut, Geschlecht, Bildung, Arbeit, Arbeitslosigkeit, Wohnen und ökologische Belastungen) ein. Abschließend wird die Bedeutung von sozialen Kontakten und Netzwerken für die Gesundheit thematisiert.

Zunächst wird kurz auf das Konzept der Lebenslagen unter Lebenswelten eingegangen. Das Lebenslagenkonzept, das als „Lebenslagen-Ansatz“ in der Politikfeldanalyse eingeführt ist, ist ein sozialwissenschaftliches Konzept, in dem das Zusammenwirken der unterschiedlichen ökonomischen, sozialen und kulturellen Faktoren in den konkreten Lebensverhältnissen von Individuen und sozialen Gruppen erfasst wird. Als Lebenslagen werden die individuellen Handlungsspielräume definiert, die von einer Vielzahl von individuell nicht beeinflussbaren strukturellen Faktoren begrenzt werden. Die Lebenslage wird zentral vom Haushaltseinkommen beeinflusst, die den Zugang zur Befriedigung zahlreicher Bedürfnisse regelt, die zudem geschlechterdifferenziert zu erfassen sind. Für den Berater ergibt sich hieraus die Lebensweltorientierung als Grundhaltung.

Der Begriff der Lebenswelten hingegen beschreibt in Bezug auf den Soziologen Alfred Schütz jene Wirklichkeit, in der der Mensch lebt, denkt, handelt und sich mit anderen verständigt. In der Lebenswelt, die dem Menschen vorgegeben ist, bewegt er sich mit anderen in selbstverständlicher Weise. Sinnzusammenhänge sind klar und vertraut und müssen nicht ständig erschlossen werden. Hierzu gehören die tatsächlichen und alltäglichen Umstände, in denen der Mensch sich bewegt. Die Lebenswelten, die in unterschiedliche Lebensräume und -felder untergliedert sind, werden als kulturell geformte Sinnwelten verstanden und bilden die Basis der Wahrnehmung und des Verstehens. Erfahrungen in den Lebenswelten werden im Lebenslauf gesammelt (vgl. Kleve 2000).

Die hier zusammengefassten Forschungsergebnisse zeigen auf, dass Gesundheitschancen in unserer Gesellschaft ungleich verteilt sind, d. h. der Gesundheitszustand einer Person ist eng geknüpft an sozioökonomische Faktoren. Von Geburt an summieren sich Gesundheitsbelastungen durch schlechtere Lebensbedingungen und riskanteres Gesundheitsverhalten (vgl. Franke 2008) und führen so zu sozialer Ungleichheit. Soziale Ungleichheit sieht Dangschatz (2002) gegeben, wenn in einer Gesellschaft soziale Merkmale zu unterschiedlichen Positionen führen, die verschiedenartige Lebenslagen nach sich ziehen. Dadurch entstehen eine unterschiedliche individuelle und kollektive Teilhabe an Entwicklungschancen sowie ein ungleichmäßig verteilter Zugang zu knappen und begehrten Gütern. Mielck (2005) sieht das Einkommen als zentralen Indikator für die vertikale soziale Ungleichheit. Ein niedriges Einkommen trägt wesentlich zur Armut bei.

Erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit hat der Einfluss der sozialen Schicht, auf die ich zunächst eingehe. Die Gesundheitschancen sind in unserer Gesellschaft ungleich verteilt. Angehörige des unteren Fünftels der Gesellschaft tragen in jedem Lebensalter, statistisch betrachtet, ein mindestens doppelt so hohes Risiko, ernsthaft zu erkranken oder vorzeitig zu sterben im Vergleich zu Angehörigen des oberen Fünftels. Nach Lampert u. Kroll (2014) geht ein niedriger sozioökonomischer Status mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko und einer verringerten Lebenserwartung einher. Frauen und Männer aus der höheren Statusgruppe verbringen mehr Lebensjahre in guter Gesundheit. Die Lebenserwartung von Pensionären ist beispielsweise im Vergleich zu Rentnern um 3,8 Jahre höher. Franke (2008) verweist darauf, dass Menschen am unteren Ende der sozialen Hierarchie früher sterben, sechsmal häufiger Übergewicht haben, mehr Geschlechtskrankheiten aufweisen, nach einer Krebsdiagnose weniger lang leben und bei jenen Personen auch öfter psychische Störungen diagnostiziert werden. Unterschichtenangehörige erleiden mehr Unfälle (besonders alleinerziehende und arbeitslose Eltern). Sie erleben ihren Gesundheitszustand als schlechter, sind insgesamt unzufriedener mit ihrem Leben und geben weniger unterstützende soziale Ressourcen an. Zudem nehmen sie seltener Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wahr und weisen häufiger ärztlich zu versorgende Verletzungen auf (vgl. Franke 2008; Mielck 2005; Gesundheitsberichtserstattung des Bundes 2010).

Auswirkungen sozialer Schichtung sind in weiteren Lebensbereichen, die oftmals miteinander verwoben sind, zu konstatieren. Eindeutig empirisch belegt sind neben den bereits erwähnten Zusammenhängen diverse Belastungen bei den Faktoren Rauchen, Übergewicht, unausgewogene Ernährung, Bluthochdruck, physische und psychische Arbeitsbelastung, beengte Wohnbedingungen, Lärm und Luftverschmutzung in der Wohnumgebung. Auch ein Vergleich der Anzahl der Schwerbehinderungen in den sozialen Schichten zeigt, dass wesentlich mehr Personen der unteren Schichten eine Schwerbehinderung aufweisen, wobei diese bezogen auf den Grad der Behinderung ausgeprägter ist (vgl. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes 2006). Insgesamt geht aus den Daten der Rentenversicherung (2011) hervor: Wer wenig verdient, ist früher tot. Hierbei sank, so die taz (13.12.2011) die Lebenserwartung der Geringverdiener zwischen 2001 und 2010 um zwei Jahre, bei Männern im Osten Deutschlands sogar um 3,8 Jahre.

Zahlreiche Befunde (vgl. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes 2010; Lampert u. Kuntz KiGGS 2015) weisen bereits auf die schlechteren Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen hin, die unter sozial benachteiligten Lebensumständen aufwachsen. Allgemein gilt: Je höher der soziale Status, desto besser sind die Chancen für ein gesünderes Aufwachsen. Dabei beeinflussen die Status bildenden Merkmale (Bildungsniveau der Eltern, berufliche Stellung der Eltern, Haushaltsnettoeinkommen), und zwar bereits jedes Merkmal für sich, die Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen (vgl. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes 2010). Lampert u. Kuntz (2015 KiGGS) fassen zusammen: Kinder und Jugendliche mit niedrigerem Status haben ein erhöhtes Risiko für einen beeinträchtigten allgemeinen Gesundheitszustand sowie für psychische Auffälligkeiten. In der niedrigen Statusgruppe sind Bewegungsmangel, Übergewicht, Rauchen und andere verhaltensbezogene und gesundheitsschädliche Risiken stärker verbreitet. Angehörige dieser Gruppe nehmen weniger Krankheitsfrüherkennungsprogramme und zahnärztliche Kontrolluntersuchungen in Anspruch.

Jugendliche mit Hauptschulabschluss und niedrigem Sozialstatus haben die schlechtesten Gesundheitschancen. Eindeutig sind die Zusammenhänge zwischen der Familienform und den Gesundheitschancen. Demnach weisen Kinder in Einelternfamilien und Stieffamilien häufiger Gesundheitsprobleme auf als Kinder und Jugendliche, die mit beiden leiblichen Eltern zusammenleben. Positiv wirken sich in Bezug auf die Gesundheit ein starker familiärer Zusammenhalt und eine aktive Freizeitgestaltung aus. Jugendliche, die über hohe familiäre Ressourcen verfügen, sind zu einem geringeren Teil übergewichtig, neigen seltener zu starkem TV- oder Videokonsum und üben seltener Gewalt aus. Positiv wirkt eine emotionale Unterstützung, wie die Ergebnisse der KiGGS-Studie (Hölling u. a. 2012) zeigen. Von Geburt an summieren sich die größeren Gesundheitsbelastungen durch schlechtere Lebensbedingungen und riskanteres Gesundheitsverhalten. Die soziale Benachteiligung erzeugt so gesundheitliche Ungleichheit. Dabei kommen sowohl materielle Ursachen als auch psychosoziale Faktoren zum Tragen.

Aufgrund der besonderen Bedeutung, auch im Hinblick auf die Beratung, soll detaillierter auf das Thema Armut eingegangen werden. Grundsätzlich wird Armut als Einkommensmangel unterhalb des Existenzminimums gesehen (absolute Armut). In entwickelten Industriestaaten verwendet man das Konzept der relativen Armut. Als arm werden in der BRD häufig Personen bezeichnet, die Hartz IV oder andere Sozialleistungen beziehen. Armut betrifft in Deutschland fast jedes vierte Kind unter 15 Jahren, wobei jüngere Kinder oder Haushalte von Alleinerziehenden sowie Haushalte mit mehreren Kindern ein erhöhtes Risiko aufweisen, SGB II-Leistungen zu erhalten. Besondere Risikofaktoren sind zudem ein Migrationshintergrund, ein niedriger Bildungsabschluss, eine unzureichende oder gar keine Arbeitsmarktintegration (vgl. IAB 6/2011). Einkommensarme Menschen sind in vielen Bereichen in ihrer Teilhabe beeinträchtigt, dabei verschärft dauerhafte Armut jede Auffälligkeit. Relative Armut führt oftmals zu Ausgrenzung, zu einem Mangel der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und zu mangelnden Verwirklichungschancen. Von sozialer Ungleichheit und Armut sind (vgl. 13. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung 2009) besonders Kinder, Alleinerziehende, Familien, Arbeitslose und Migranten betroffen. Das höchste Armutsrisiko haben Familien mit zwei oder mehr Kindern. Zudem verbleiben arme Menschen heute länger in Armut. Im Jahr 2000 waren 27 % länger als drei Jahre in Folge arm, bis zum Jahr 2006 stieg diese Zahl auf 37 % (vgl. Böhnke 2009). Die Partizipationschancen sinken, je länger die Menschen in der Armut verbleiben. Arme Menschen gehen seltener zur Wahl und stehen dem politischen System kritischer gegenüber. Sie haben kleinere und eher auf Familien bezogene Netzwerke. Eine der Ursachen, die in die Armut führt, sind chronische Erkrankungen.

Armut, Arbeitslosigkeit und ein niedriger sozioökonomischer Status sind Risikofaktoren, die die Entstehung bzw. Intensivierung von der Tabakabhängigkeit begünstigen. Statistiken zeigen, dass Rauchen die Nummer eins ist unter den gesundheitlichen Risikofaktoren; jeder dritte Erwachsene raucht, jeder zehnte stark. Deutsche Jugendliche nehmen einen Spitzenplatz in der EU ein. Monotone Arbeitsabläufe, hoher Zeitdruck, restriktives Vorgesetztenverhalten oder geringe Handlungs- und Entscheidungsspielräume tragen zu einer erhöhten Anfälligkeit für das Rauchen bei (vgl. 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung). Auch hier zeigt sich eine auf die soziale Schicht bezogene unterschiedliche Häufigkeit. 21 % der befragten Männer aus der oberen, 28,5 % der mittleren und 40,0 % der unteren Sozialschicht rauchen (vgl. Landesinstitut NRW 2008). Der Einstieg in das Rauchen bereits im Alter von bis zu 15 Jahren wird durch die untere Schichtangehörigkeit deutlich begünstigt. Als ursächlich für die stärkere Verbreitung des Tabakrauchens werden die insbesondere bei armen Kindern gehäuft auftretenden Probleme wie z. B. geringes Selbstwertgefühl, Stressbelastungen in Familie und Schule sowie Beeinträchtigungen in der Bewältigung jugendtypischer Entwicklungsaufgaben angesehen (vgl. 13. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung 2009).

Entwicklungsstörungen und Krankheiten, die zu Beeinträchtigungen im frühen Kindesalter bis zur Einschulung führen, treten vor allem in sozial schwächeren Familien auf (vgl. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes 2010; KiGGS 2015). Hierzu gehören Sehstörungen, Sprachauffälligkeiten, psychomotorische Defizite, Adipositas, Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung, psychiatrische Erkrankungen sowie emotionale und soziale Störungen. In sozial besser gestellten Familien werden hingegen Neurodermitis, Allergien und Asthma häufiger diagnostiziert (schweres Asthma betrifft jedoch häufiger Kinder von Eltern mit einer niedrigen Schulbildung). In Bezug auf Unfälle und Verletzungen wurde festgestellt, dass Kinder aus sozial benachteiligten Verhältnissen einem erhöhten Unfall- und Verletzungsrisiko unterliegen. Sozial benachteiligte Jugendliche vernachlässigen im Vergleich zu Jugendlichen aus sozial besser gestellten Familien häufiger die Zahnpflege. Nach dem subjektiven Gesundheitsempfinden befragt, berichten Jungen aus niedrigen Wohlstandsgruppen 1,6-mal häufiger als Jungen aus höchsten Wohlstandsgruppen von einer eher schlechten Gesundheitseinschätzung. Bei Mädchen ist das Verhältnis 2:1. Im Hinblick auf psychosomatische Beschwerden (Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, allgemeines Unwohlsein, Gereiztheit, schlechte Laune, Nervosität, Einschlafstörungen sowie Benommenheit oder Schwindel) zeigten die Befragungen, dass Mädchen stärker beeinträchtigt sind als Jungen. Ebenso zeigte sich, dass bei Jungen vor allem ein geringer familiärer Wohlstand das psychische Wohlbefinden beeinflusst. Bei Mädchen ist eher der Berufsstatus der Eltern von Bedeutung (vgl. 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung 2005). Die Teilnahme an den Krankheitsfrüherkennungsprogrammen (U-Untersuchungen) ist bei sozial schwachen Familien geringer. Auch Schutzimpfungen werden bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus weniger oder teilweise gar nicht nachgefragt (vgl. ebd.). Übergewichtig sind 8,4 % der Jungen und 5,0 % der Mädchen. In den niedrigsten und mittleren Wohlstandsgruppen ist der Anteil der übergewichtigen und adipösen Kinder deutlich erhöht. Kinder aus sozial höher gestellten Familien frühstücken doppelt so häufig wie Kinder aus ärmeren Familien. Der Fernsehkonsum bei Kindern aus niedrigen Einkommensschichten ist mehr als doppelt so hoch ist (täglich oft vier Stunden und mehr) als bei Kindern aus den am besten gestellten Familien (vgl. ebd.). Jungen scheinen (vgl. Kolip 2009) bis zur Pubertät das gesundheitlich empfindlichere Geschlecht zu sein. Anschließend kehrt sich dieses Verhältnis um. Die Ursachen scheinen neben biologischen Faktoren auch sozial begründet sein, z. B. durch riskanteres Verhalten mit einer höheren Verletzungsgefahr. Die soziale Lage kann Einflüsse der Geschlechtsunterschiede verstärken: So würden Mädchen mit niedrigem Sozialstatus und Migrationshintergrund das geringste Bewegungsverhalten aufweisen (vgl. ebd.).

Der soziale Status beeinflusst somit prägend für alle Altersgruppen viele Umstände und Lebenslagen unseres Lebens und unsere Chancen, uns als vollwertige, anerkannte Mitglieder der Gesellschaft zu fühlen. Der soziale Status beeinflusst zudem unsere Möglichkeiten, an gesundheitsfördernden Maßnahmen teilzunehmen. Dies beinhaltet auch den Zugang zu einer Psychotherapie (vgl. Beushausen 2014).

Die gesundheitliche Situation von Frauen und Männern ist ebenfalls unterschiedlich. Die Ergebnisse des Telefonischen Gesundheitssurvey (2006) zeigen, dass Frauen etwas mehr als Männer auf die Gesundheit achten. Frauen schätzen ihre subjektive Gesundheitslage als deutlich schlechter ein, geben mehr Beschwerden und chronische Krankheiten an. Sie haben häufiger Arthrose, Arthritis, Rückenschmerzen, Angina Pectoris, doppelt so viel Neurodermitis und fast doppelt so oft Depressionen. Frauen nehmen wesentlich häufiger Beruhigungs- und Schlafmittel, Antidepressiva, Schmerzmittel und Medikamente zur Gewichtsreduktion ein, die auf Dauer oftmals zu weiteren Gesundheitsbeeinträchtigungen führen. Ca. 2 Millionen Frauen gelten als medikamentenabhängig. Dies ist eine oftmals folgenreiche und typisch für Frauen „unauffällige“ Sucht. Frauen trinken jedoch wesentlich weniger Alkohol als Männer. Sie essen zu 70 % täglich Obst, Männer hingegen nur zu 35 % (vgl. Gesundheitssurvey 2006).

Auch gesundheitliche Belastungen als Folge von Umweltproblemen sind in Deutschland ungleich verteilt. Sozial- und umweltepidemiologische Studien weisen darauf hin, dass der soziale Status mit darüber entscheidet, ob und in welchem Umfang Kinder, Jugendliche und Erwachsene durch ökologische Umweltbedingungen (Außenluft, Innenluft, sauberes Wasser, Lärm, hygienische Abfallentsorgung, Qualität der Lebensmittel, gut erreichbare Erholungsgebiete) belastet sind. Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen sind von Umweltproblemen vielfach stärker betroffen und verfügen oft nicht über die notwendigen Voraussetzungen wie Einkommen, Vermögen und Bildung, um solche Belastungen zu vermeiden (vgl. Bundesumweltamt 2009). So zeigen Untersuchungen (vgl. Mielck 2005) zur objektiven Belastung durch verkehrsbedingte Luftschadstoffe, Lärm im Wohnumfeld und Straßenverkehr, dass Menschen mit niedrigem sozialem Status stärker belastet sind als sozial Bessergestellte. Außerdem kommen Studien zur subjektiven Wahrnehmung der Belastung durch Straßenverkehr und verkehrsbedingte Luftschadstoffe ebenfalls zu dem Ergebnis, dass sich Menschen mit niedrigem sozialem Status stärker belastet fühlen als sozial Bessergestellte (vgl. Bundesumweltamt 2009). Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen der Wohnqualität und dem sozialen Status zeigen, dass vor allem Einkommensarmut ein ausschlaggebender Faktor für schlechte Wohnbedingungen ist und infolgedessen die Gesundheit negativ beeinflussen kann (Bundesumweltamt 2009).

Arbeitsverdichtung, Arbeitsplatzunsicherheit und allgemein belastende Arbeitsbedingungen gelten als langfristige Risikofaktoren für gesundheitliche Einschränkungen (vgl. Adamy 2010). Folgenreiche belastende Arbeitsbedingungen sind Umgebungsbelastungen (z. B. Lärm, Hitze), Unfallgefahren, körperliche Belastungen, psychische und psychosoziale Belastungen (Monotonie, Zeitdruck, Vorgesetztenverhalten). Sie führen beispielsweise zu einer erhöhten Anfälligkeit für Nikotinkonsum. Eine spezifische Arbeitsbelastung aus einer Kombination von hoher Anforderung und geringem Handlungsspielraum gilt als weiterer Risikofaktor. Auch bei diesen Risikofaktoren (vgl. Mielck 2005) sind die unteren Statusgruppen besonders starken Belastungen ausgesetzt. Nach Erkenntnissen des Stressreports Deutschland (vgl. Lohmann-Haislah) aus dem Jahr 2012 geben die Befragten zu 58 % an, dass ihre Tätigkeit häufig die gleichzeitige Betreuung verschiedener Aufgaben verlangt. Belastend seien zudem starker Termin- und Leistungsdruck, ständig wiederkehrende Arbeitsvorgänge (50 %) sowie Störungen und Unterbrechungen bei der Arbeit.

Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit sind seit Ende des 19. Jahrhunderts bekannt. Diskutiert werden zwei Erklärungsansätze: Zum einen führt Arbeitslosigkeit zu einem erhöhten Krankheitsrisiko (Kausalitätshypothese), zum anderen führt Krankheit zu erhöhtem Arbeitslosigkeitsrisiko (Selektionshypothese). In der Praxis besteht zwischen dem Gesundheitszustand arbeitsloser Menschen und deren verminderten Eingliederungschancen ein sich selbst verstärkender Zusammenhang (vgl. Adamy 2010), d. h. Krankheiten, Arbeitslosigkeit und der Verlust des Arbeitsplatzes können krankheitsauslösend oder -verstärkend sein. Arbeitslosigkeit ist für die Betroffenen mehr als nur ein lästiger Knick in der eigenen Erwerbsbiografie. Wer arbeitslos wird, erlebt dies meist als eine schwere Belastung, die oftmals schwere gesundheitliche und psychische Folgen hat, wenn diese auch von den Arbeitslosen selbst teilweise verharmlost werden. Der Anteil der gesundheitlich Eingeschränkten steigt dabei mit dem Lebensalter und der Dauer der Arbeitslosigkeit (vgl. Adamy 2010). Gesundheitliche Einschränkungen hat jeder fünfte bis sechste Arbeitslose. Subjektiv erleben sogar 45 % der Arbeitslosen ihre Gesundheit als eingeschränkt. Arbeitslose weisen im Vergleich zu Pflichtversicherten, psychisch bedingt, vierfach hohe Ausfallzeiten auf (vgl. BKK 2008).

Arbeitslose sind öfter körperlich behindert und geben mehr Krankenhausaufenthalte mit einer längeren Verweildauer an. Scham über den Verlust des Arbeitsplatzes und der Verlust der ehemaligen Kollegenschaft können zu sozialer Isolation beitragen. Dies führt dazu, dass Männer für Notfälle weniger unterstützende Kontakte haben (vgl. Adamy 2010). Die Arbeitslosen bilden die Gruppe mit den am stärksten ansteigenden psychisch bedingten Krankheitstagen (vgl. Gesundheitsreports der BKK 2010). Arbeitslose weisen ein signifikant erhöhtes Morbiditätsrisiko insbesondere bei psychischen Erkrankungen auf und beschreiben einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand. Bei psychischen Störungen ist die Krankheitsdauer viermal so hoch. Jeder siebte Arbeitslose erhält Psychopharmaka (vgl. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes 2006). Belegt sind eine frühere Sterblichkeit, Depressivität, Hoffnungslosigkeit, Ängstlichkeit, verringertes Selbstwertgefühl und gebremstes Aktivitätsniveau (vgl. Adamy 2010). Der Konsum von Suchtmitteln (Alkohol und Tabak) ist erhöht. Arbeitslose zeigen ein eher ungünstiges Gesundheitsverhalten, auch in den Bereichen Ernährung und Bewegung. Sportlich aktiv sind 30 % der Arbeitslosen, sonst sind 40 % der Bevölkerung aktiv. Die Folgen der Arbeitslosigkeit zeigen sich im ökosozialen Umfeld, allgemein gilt: Die Wohnsituation ist schlechter, im Haus ist mehr Lärm, und die Wohnung liegt öfter an Haupt- und Durchgangsstraßen (vgl. 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung 2009). Arbeitslose nehmen Gesundheitsdienste gehäuft in Anspruch (vgl. Kroll/Lampert 2011). Sie sind überproportional von Schlafstörungen, depressiven Störungen und Angsterkrankungen betroffen und begehen häufiger suizidale Handlungen (vgl. ebd.). Somit haben sie ein signifikant höheres (und mit Dauer der Arbeitslosigkeit steigendes) Mortalitätsrisiko (vgl. Büttner/Schweer 2011). Mit Dauer der Arbeitslosigkeit steigen die gesundheitlichen

und ökosozialen Belastungen. Die finanziellen Möglichkeiten werden knapper, die soziale Isolation und gesellschaftliche Stigmatisierung nehmen zu (vgl. Adamy 2010). Mit der Zeit wirken sich die Lebensgestaltung mit immer geringeren finanziellen Mitteln und die Verarbeitung von Misserfolgserfahrungen bei Bewerbungen ungünstig auf die psychische Gesundheit von Langzeitarbeitslosen und deren Familienangehörige aus. Eine Folge sind häufigere Schulabbrüche der Kinder und eine mögliche Arbeitslosigkeit in der nächsten Generation (vgl. ebd.). Arbeitslosigkeit beeinträchtigt die psychische Gesundheit des Partners fast genauso stark wie die des Arbeitslosen (vgl. Marcus 2014). Insgesamt zeigt sich (s. auch Gesundheitsreport 2008 der BKK) eine deutlich schlechtere Gesundheitssituation von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen, wobei dies sowohl Ursache wie Folge der Arbeitslosigkeit sein kann. Ein wichtiger Schutzfaktor ist die Soziale Unterstützung (vgl. Kroll/Lampert 2011).

Am Beispiel einer sogenannten Problemgruppe soll der Teufelskreis von psychischen/familiären Funktionsstörungen und sozioökonomischen Zusammenhängen aufgezeigt werden. Strauss (2009) hat dies in seiner Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht am Beispiel der Schüler von Berufsbildenden Schulen deutlich gemacht. Diese Gruppe junger Erwachsener weist im Gegensatz zu einer repräsentativen Gruppe einen deutlich geringeren Bildungsstand, eine schlechtere sozioökonomische Lage und eine problematische familiäre Situation (Eltern häufiger arbeitslos und geschieden) auf. Die Schüler sind so insgesamt komplexer belastet. Signifikant sind beispielhaft zudem die folgenden Untersuchungsergebnisse: Insbesondere junge Frauen schätzen ihren Gesundheitszustand subjektiv schlechter ein, allgemein wird weniger auf die Gesundheit geachtet. Der Grad der Demoralisierung und der emotionale Stress sind bedeutsam höher. Im Vergleich zu einer Repräsentativerhebung sind die BBJH-Angehörigen (Berufsbezogene Jugendhilfe) mehr psychosozialen Belastungen ausgesetzt, gleichzeitig werden mehr Körperbeschwerden geäußert. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen höherer Demoralisierung, Suizidphantasien, Risikoverhaltensweisen und psychosomatischen Belastungen. Strauss bezeichnet dies nach Pearlin (1991) als eine Interdependenz (wechselseitige Abhängigkeit) der Belastungen. Dragano (2009) erweitert die Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit unter dem Aspekt der Lebenslaufperspektive. Er stellt Bezüge zwischen sozialen, psychischen und biologischen Faktoren her, die zu einer Kette von Risiken führen, wobei sich zahlreiche Belastungen in Kindheit und Jugend oftmals erst später auswirken. Die Merkmale Alter, Geschlecht und erfolgte Migration wirken modifizierend. Je mehr Risikofaktoren gleichzeitig auftreten, desto höher wird die Erkrankungswahrscheinlichkeit, wobei die Risikofaktoren nicht nur miteinander interagieren, sondern sich auch im Zeitverlauf gegenseitig bedingen können, indem z. B. ein Risikofaktor einen anderen nach sich zieht. In der internationalen Forschung wird dieses Phänomen als „Chain of risk“, eine Kette von Risiken, bezeichnet. Dies bedeutet, je mehr Risikofaktoren gleichzeitig auftreten, desto höher wird die Erkrankungswahrscheinlichkeit.

Für den Menschen als soziales Wesen ist der bedeutendste Faktor für die Gesundheit die Qualität der Einbindung in die sozialen Netzwerke. Soziale Netzwerke sind Muster von Kommunikations- und Austauschprozessen in Bindungen und Beziehungen, in die ein Individuum eingebunden ist. Zentraler Aspekt bei der Fokussierung sozialer Netzwerke sind die sozialen Ressourcen, die einem Individuum oder einem System zur Verfügung stehen. Netzwerke sind aus verschiedenen Gründen für die Gesundheit von zentraler Bedeutung. Am bedeutsamsten ist die soziale Unterstützung. Diese wird in verschiedenen Formen gewährt (vgl. Dehmel/Ortmann 2006), bei denen jedoch das Problem der mangelnden Trennschärfe besteht. Diese sind:

- Emotionale Unterstützung (Geborgenheit, Trost, motivationale Unterstützung, Alltags-Interaktion, Wertschätzung)
- Unterstützung beim Problemlösen (Orientierung),
- Praktische und materielle Unterstützung (Arbeitshilfen, Pflege, Informationen, Beratung)
- Soziale Integration (Geselligkeit, Beteiligung, Gebraucht-Werden), Beziehungssicherheit erleben und
- Stressreduzierung

Die wahrgenommene Unterstützung beeinflusst die Stressbewertung, diese in einem zirkulären Prozess die Stressbewältigung und die Gesundheit (vgl. Knoll/Burkert 2009; Dehmel/Ortmann 2006).

Netzwerke geben dem Individuum normative Vorgaben gesundheitsförderlichen Verhaltens vor. Dies führt zu einem Gefühl der Zugehörigkeit und der Gemeinschaft. Sie bieten oftmals eine neue Teilidentität (z. B. als langjähriges Mitglied der Anonymen Alkoholiker). Eine Verringerung der Bindungskräfte im jeweiligen sozio-kulturellen Milieu, der Familie, der Nachbarschaft, der Kirche, der Gewerkschaft o. a. kann durch die Vernetzung der Menschen und Institutionen die Vereinzelung vermindert oder verhindert werden. Professionelle Hilfen hierzu werden heute besonders in intimen Beziehungen durch Beratungsstellen angeboten. Hilfen für die Inklusion in weitere Netzwerke sind neben bereits bestehenden Angeboten (Gemeindezentren, Selbsthilfegruppen u. a.) notwendig, denn auch weniger intime Beziehungen, wie z. B. Nachbarschaften und entfernte Bekannte, sind förderlich, wenn sie Zugang zu wichtigen Ressourcen, z. B. zu einer Arbeit, bei der Wohnungsrenovierung oder zu unterstützenden Kontakten, ermöglichen.

Die unterstützende Wirkung sozialer Netzwerke wurde in vielen Untersuchungen bewiesen (vgl. Dehmel/Ortmann 2006; Knoll/Burkert 2009; die Gesundheitsberichtserstattung des Bundes 2011). Befunde der Gesundheitsforschung zeigen die Bedeutung sozialer Netze für den Alltag und für die Bewältigung von Krisen auf. Wir wissen beispielsweise, dass sozial integrierte Personen länger leben. Sozial eingebundene Menschen verhalten sich gesundheitsgünstiger als relativ isoliert lebende Menschen. Soziale Unterstützung wird in sozialen Beziehungen erbracht. Durch neue Kontakte und Vernetzungen können sich Synergieeffekte entfalten.

Schwarzer (2002) referiert Forschungsergebnisse, nach denen Verheiratete im Durchschnitt glücklicher sind als Ledige, Verwitwete und Geschiedene. Die Partnerschaft stellt einen Schutz gegenüber seelischen Störungen dar, bis zu einem gewissen Grad sogar dann, wenn die Beziehung eher als angespannt und unbefriedigend eingeschätzt wird. Der Verlust wichtiger Bezugspersonen durch Tod, Trennung, Scheidung, Auszug hinterlässt eine Lücke im sozialen Netz. So steigt z. B. im Jahr nach dem Tode des Ehepartners die Sterbewahrscheinlichkeit für die hinterbliebene Witwe, die des Witwers erhöht sich besonders stark (vgl. Schwarzer 2002). In solchen Krisen gehen vielfach die Ressourcen der sozialen Netzwerke verloren, nicht nur durch

den Tod des Angehörigen, sondern auch durch den gesellschaftlichen Wandel. Im Zuge der Individualisierung, Pluralisierung und Enttraditionalisierung der Lebensweisen ist das Individuum gefordert, im Lebenszyklus immer wieder neue soziale Netzwerke aufzubauen und zu pflegen.

Unterstützung erhält eine Person eher, wenn sie als hilfsbedürftig eingeschätzt wird, wenn der Empfänger als veränderungswillig angesehen wird, für seine Situation als nicht verantwortlich gehalten wird und der mit der Hilfe verbundene Aufwand als angemessen betrachtet wird (vgl. Knoll/Burkert 2009). Zudem wird eher Hilfe von einem empathischen Unterstützer geleistet bzw. je stärker die Verbindung zum Empfänger ist.

Die wichtigsten Personen, die Unterstützung leisten, sind der Partner/die Partnerin und die Familienangehörigen. Bei Männern hat der eheliche Status positive Effekte auf das Wohlbefinden, bei Frauen hingegen ist die Qualität der Beziehung entscheidend (vgl. Dehmel/Ortmann 2006). Frauen haben außerhalb der Partnerschaft durchschnittlich mehr vertraute Beziehungen als Männer, während für Männer meist die Partnerin die ausschließliche Ansprechperson für emotionale Probleme ist (vgl. Schwarzer 2002). Allerdings ist der Schutzeffekt der Ehe bei Frauen weniger ausgeprägt als bei Männern. Sie profitieren eher vom Kontakt zu ihren Kindern und ihrer Integration in andere soziale Netze. Allgemein nimmt die soziale Unterstützung im höheren Alter ab, sie ist am höchsten bei Frauen im Alter von 18 bis 29 Jahren. Angehörige mit mittlerer und höherer Bildung erhalten weniger Unterstützung als Frauen und Männer mit niedrigem Bildungsstatus (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2011).

Untersuchungsergebnisse einer Langzeiterhebung von Christakis und Fowler von 2008 (vgl. Glomp 2009) zeigen, dass das Gewicht, das Rauchverhalten oder ein glücklicher Gemütszustand nicht nur Einfluss auf die eigenen Freunde hat, sondern in abnehmendem Ausmaß auch auf deren Freunde und Nachbarn. Die Autoren sprechen von sozialer Ansteckung durch das Weitergeben sozialer Normen.

Die soziale und ökonomische Situation in den Familien wirkt sich auch auf den TV-Konsum von Kindern und z. B. der Vorlesehäufigkeit der Eltern aus. Nach einer Studie des Bezirksamtes Mitte Berlin (2013) sehen Kinder der oberen Schicht Fernsehen nur zu 13 % mehr als 1 Stunde, Angehörige der unteren Schicht hingegen zu 50 %. Die Vorlesehäufigkeit ist besonders gering bei Eltern mit Migrationshintergrund und parallel dazu einer niedrigeren Bildung. Auch diese Faktoren führen zu Entwicklungsproblemen (Konzentrationsschwierigkeiten, Probleme beim Zählen) von Kindern zum Zeitpunkt der Einschulung.

Die Inanspruchnahme der Hilfen des Netzwerks setzt oftmals eine gewisse Gesundheit voraus. Es wird die Fähigkeit benötigt, um Hilfe zu bitten und diese einzufordern. Hilfe erhalten Personen eher, die „attraktiv“ für die Hilfegebenden sind. Soziale Netzwerke und Familienverhältnisse tragen jedoch nicht automatisch zu einer Verbesserung der Gesundheit bei, sie können auch pathogen wirken. Belastungen entstehen z. B. durch Verpflichtungen, ungleichem Machtverhältnis und Konflikten. Für den Hilfeempfänger kann Unterstützung belastend sein, wenn die Hilfe falsch oder unangemessen ist und die Wahl- und Entscheidungsfreiheit eingeschränkt werden (vgl. Dehmel/Ortmann 2006). Übertriebenes Engagement kann zu Abhängigkeiten führen. Soziale Netzwerke können problematische Verhaltensweisen unterstützen und verstärken (z. B. riskanter Alkoholkonsum). Aufseiten des Unterstützers können Belastungen und Krisen eigene Zukunftsängste, Gefühle von Hilflosigkeit, Schuld und Ohnmacht verstärken.

Die hier referierten Aussagen über gesundheitliche Beeinträchtigungen haben Konsequenzen für die Gesundheitsförderung, Prophylaxe und Psychoedukation. Die Psychoedukation sollte sich an der salutogenetischen Perspektive orientieren und Ressourcen und Empowerment in den Fokus stellen. Hierbei ist die Gesundheitsförderung gender- und kulturspezifisch auszurichten. Sie unterstützt soziale Gerechtigkeit und ist damit sozialkompensatorisch ausgerichtet. Einerseits richten sich gesundheitsfördernde Interventionen an alle Menschen in allen Lebenslagen, andererseits an besondere Risikogruppen, und umfassen sowohl verhaltensbezogene als auch verhältnisbezogene Maßnahmen. Idealerweise lässt sie alle Betroffenen und Beteiligten teilhaben (Partizipation) und unterstützt die Selbsthilfe. Zudem legt sie auf dem Hintergrund ihrer besonderen Bedeutung einen Schwerpunkt auf die Stärkung von Netzwerken. Leider zeigt sich auch hier, dass die besonders schwer beeinträchtigten Personen (Hard-to-reach-Klientel) mit präventiven Maßnahmen besonders schwer zu erreichen sind. Beispielsweise nehmen Angehörige mit niedrigem Sozialstatus (beide Geschlechter in allen Altersgruppen) Präventionsmaßnahmen seltener in Anspruch (vgl. Jordan/von der Lippe 2012) und stellen hohe Anforderungen an die Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung (vgl. Lampert/Kuntz 2015).

Literatur

- Adamy, W. (2010): Gesundheitsrisiko Arbeitslosigkeit – Wissensstand, Praxis und Anforderungen an eine arbeitsmarkintegrierte Gesundheitsförderung. DGB Bereich Arbeitsmarktpolitik. Arbeitsmarkt aktuell Nr. 09/August 2010.
- Beushausen, J. (2014): Hard to reach Klienten – Therapie 2. Klasse. Onlineveröffentlichung im ZKS-Verlag, Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit. Weitrandsdorf. Unter: <http://www.zks-verlag.de/hard-reach-klienten-sozial-therapie-2-klasse/> [letzter Zugriff: 28.12.2015].
- BKK Gesundheitsreport (2008): Seelische Krankheiten prägen das Krankheitsgeschehen. Unter: <http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2008/Gesundheitsreport2008.pdf> [letzter Zugriff: 28.05.2015].
- Böhnke, P. (2009): Facetten des Verarmens. Wie Armut Wohlbefinden, Gesundheit und Teilhabe beeinträchtigt. WZB-Mitteilungen. Heft 123. Ohne Verlag. Ohne Verlagsort.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung und Deutsche Rentenversicherung (2005): Forschung in der Rehabilitation. Unter: www.deutsche-rentenversicherung.de/Sozialmedizin/Forschung/Reha [letzter Zugriff: 28.05.2015].
- Umweltbundesamt (2009): Umwelt, Gesundheit und soziale Lage. Studien zur sozialen Ungleichheit gesundheitsrelevanter Umweltbelastungen in Deutschland. Christiane Bunge u. Antje Katzschner; <http://www.umweltbundesamt.de> [letzter Zugriff: 10.10.2015].

- Büttner, R./Schweer, O. (2011): Gesundheitliche Orientierung in der Arbeitsmarktpolitik. Aktuelle Entwicklungen und Praxisbeispiele im Rahmen einer arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung. IAQ-Report, Universität Duisburg.
- Bundesregierung (2005): Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsprojekt-a332-lebenslagen-in-deutschland-alt-21.pdf?jsessionid=207F431D85B7462613500E1EA6505107?_blob=publicationFile [letzter Zugriff: 28.05.2015].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2008): Gesundheit – Gewalt – Migration. Eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen und Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland. Zusammenfassung zentraler Ergebnisse. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht. Berlin. <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/publikationen,did=128950.htm> [letzter Zugriff: am 28.05.2015].
- Dangschatt, J.-S. (2002): Soziale Ungleichheit. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. 5. Auflage. Eigenverlag, Frankfurt am Main, S. 814–815.
- Demel, S. und Ortmann, K. (2006): Soziale Unterstützung (Social Support) – ein Verstehens- und Handlungskonzept für die gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Unter: http://www.khsb-berlin.de/fileadmin/user_upload/Weiterbildung/Dehmel_Ortmann-Soziale_Unterst_tzung.pdf [letzter Zugriff: 15.01.2011].
- Dragano, N./Lampert, T./Siegrist, J. (2009): Expertise: Wie baut sich soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf auf? Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht. Unter: www.dji.de/bibs/Expertisenband_Kap_1_1_Drag_AK_LK_P.pdf [letzter Zugriff: 28. 11.2015].
- Franke, A. (2008): Modelle von Gesundheit und Krankheit. Huber, Bern.
- Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2006): Robert Koch Institut: Gesundheit in Deutschland, Berlin.
- Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2006): Robert Koch Institut: Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts (2.Welle), Berlin.
- Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2010): Robert Koch Institut: Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Berlin.
- Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2011): Robert Koch Institut: Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009, Berlin.
- Gesundheitsberichterstattung Bezirksamt Mitte von Berlin (2013): Stiftung Lesen, Vorlesesstudie 2013. In: Die Zeit vom 28. Mai 2015, S. 34.
- GBE Kompakt (2011): Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise. Robert Koch-Institut. 7/2011 2. Jahrgang.
- Glomp, I. (2009): Gesundheit ist ansteckend. In: Psychologie heute. Heft 5, Beltz, Landsberg, S. 54–57.
- Hölling, H./Schlack, R./Kamtsiuris, P./Butschalowsky, H./Schlaud, M./Kurth, B.M. (2012): Gesundheitsberichterstattung Robert Koch-Institut. Die KiGGS-Studie. Bundesweit repräsentative Längs- und Querschnittstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt 2012, 55: 836–842 DOI 10.1007/s00103-012-1486-3; online publiziert: 7. Juni 2012. Springer, Berlin [letzter Zugriff: 28.05.2015].
- IAB – Kurzbericht (2011): Hrsg. Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit, Nr. 6, März 2011.
- Jordan, S./von der Lippe, E. (2012): Angebote der Prävention – Wer nimmt teil? In: Robert Koch-Institut Berlin (Hrsg.), GBE kompakt 3(5). Unter: www.rki.de/gbe-kompakt [letzter Zugriff: 28.05.2015].
- Kleve, H. (2000): Die Sozialarbeit ohne Eigenschaften. Fragmente einer postmodernen Professions- und Wissenschaftstheorie sozialer Arbeit. Lambertus, Freiburg.
- Kolip, P. (2003): Familie und Gesundheit. In: Hurrelmann, K./Laaser, U. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa, Weinheim und München. 3.Aufl., S. 497–517.
- Kroll, L. E./Lampert, T. (2011): Arbeitslosigkeit, soziale Unterstützung und gesundheitliche Beschwerden. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 108, Heft 4, S. 47–53.
- Lampert, T./Kroll, L. E. (2010): Armut und Gesundheit. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): GBE kompakt. Berlin. Unter: www.rki.de/gbe-kompakt [Stand: 01.12.2010].
- Lampert, T./Kroll, L. E. (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): GBE kompakt. Berlin 5(2) www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 07.04.2014) [letzter Zugriff: 28.05.2015].
- Lampert, T./Kuntz, B.: (2015): KiGGS Study Group. Gesund aufwachsen –Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): GBE kompakt 6(1). Berlin. Unter: www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 01.03.2015) [letzter Zugriff: 28.05.2015].
- Lohmann-Haislah, A. (2012): Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dresden. Unter: http://www.baua.de/de/Publikationen/fachbeitraege/Gd68.pdf?_blob=publicationFile [letzter Zugriff: 20.05.2015].
- Marcus, J. (2014): Arbeitslosigkeit trifft auch den Partner. In: DIW Wochenbericht Nr. 22.2014. Unter: http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.465404.de/14-22-3.pdf [letzter Zugriff : 28.05.2015].
- Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Hans Huber, Bern.
- Schwarzer, R. (2002). Die Heilkraft des sozialen Netzes. In: Psychologie Heute. Heft 10, Beltz, Landsberg, S. 62–69.
- Taz (2011): Wer wenig verdient, ist früher tot. Lebenserwartung in Deutschland. Ausgabe vom 13.12.2011.

7. Die Familie

Familien tragen entscheidend dazu bei, wie gesund, verletzlich oder stabil eine Person ihr Leben führen kann. In diesem Kapitel werden nach einem Überblick über die Bedeutung des sozialen Systems der Familie Kriterien dargestellt, mit denen aus einer systemischen Perspektive Funktionsstörungen (s. ausführlicher Beushausen 2013) erklärt werden können. Hierzu gehört der Umgang mit familiären Lebensphilosophien, Regeln, Hierarchien, Rollen, Substituten, Grenzen, Mythen, Geheimnissen, Tabus, Vermächtnissen, Delegationen und Loyalität. Mit der Darstellung der Familie und ihrer typischen Problembereiche sollen für die Beratung bedeutsame Sachverhalte und Perspektiven eingebracht werden. Da Verhaltensauffälligkeiten und Krankheiten nicht nur im Familienzyklus geprägt werden, sondern über generationsübergreifende Muster wirken, wird hierauf kurz Bezug genommen. Anzumerken ist: Der Begriff einer Funktionsstörung bzw. der einer Dysfunktion wird hier nur pragmatisch verwendet, denn Dysfunktionalität setzt ein Wissen um die „richtige“ Funktionsweise voraus, und dieses kann immer nur die Perspektive eines Beobachters sein. Die Familie als ein Intimsystem ist jener gesellschaftlich bestimmte Ort, an dem sich die basalen Elemente der menschlichen Persönlichkeit herausbilden, die sich dann ihrerseits wieder prägend auf die Gesellschaft auswirken. Für das Individuum leistet die Familie die Grundsicherung der ökonomischen, emotionalen, leiblichen und psychosozialen Bedürfnisse ihrer Mitglieder. Familien sind überwiegend auf Bindung ausgerichtet. Durch Bindungskommunikation vergewissern sich die Familienmitglieder ihrer Unterstützung und erfahren zugleich ein Gefühl von Sicherheit (vgl. von Schlippe/Schweitzer 2012). Die Familie kennzeichnet ein intensiver wechselseitiger Austausch von Gefühlen, Verhaltensweisen und Informationen ihrer Mitglieder. Sie bietet einen Ort, an dem die sich entwickelnden psychischen, physiologischen und sozialen Bedürfnisse des Kindes befriedigt werden können. Der Familie kommt für die Entwicklung des Menschen eine zentrale Bedeutung zu, da in der Kindheit die in den Familien anzutreffenden Sozialisationsbedingungen unmittelbar auf die körperlichen, psychischen und sozialen Entwicklungsprozesse einwirken. Für die Entwicklungsprozesse der Kinder sind Zuwendung, Körperpflege, Ernährung und ein altersgemäßes Verhalten der Erziehungspersonen, die Funktionalität der Familienstrukturen und die Qualität der emotionalen Beziehungen sowie des Familienklimas entscheidend. Ebenso bedeutsam sind die sozio-ökonomischen Lebensumstände der Familie. Familiäre Konflikte lassen sich jedoch nicht nur mit dem Fokus auf die familiären Kommunikationen und ihrer affektiven Aufladung erklären, sondern spiegeln das Spannungsverhältnis gesellschaftlicher Rollenmuster und des gesellschaftlichen Wandels wider.

Für einen systemtheoretischen Fokus ist bestimmend, dass jeder Mensch subjektiv „konstruiert“, welche Personen für ihn zu einer Familie gehören. So kann z. B. ein Kind, das bei der Mutter lebt, mit seinem Familienbegriff die Mutter-Kind-Beziehung und die Beziehung des Kindes zur „neuen“ Familie des Vaters meinen, oder erwachsene Kinder können in ihrem Verständnis auch von Familie sprechen, obwohl sie schon länger nicht mehr in diesem Zuhause leben. Diese Beispiele zeigen: Eine Familie ist nicht notwendigerweise ortsgebunden (ausschließlich) durch die Kategorie Hausgemeinschaft oder Haushalt gekennzeichnet. Die Bezeichnung „Familie“ ist das Produkt der Schaffung einer konsensuellen Realität durch Individuen oder Familienmitglieder.

Aus einer systemtheoretischen Perspektive bestehen allgemein soziale Systeme und somit auch Familien aus Kommunikationen (vgl. von Schlippe/Schweitzer 2012). Kommunikation wird vorwiegend genutzt, um Verbundenheit zu bestätigen und Sicherheit und Stabilität zu erfahren. In der Familie ist die gesamte Person als Ganzes inkludiert. Dieser Anspruch an die Familie beinhaltet gleichzeitig die Gefahren ihrer Überforderung.

In einer Familie ist jede Verhaltensweise eines Mitglieds systemrelevant, Veränderungen im Verhalten Einzelner werden oft sehr schnell wahrgenommen und können Irritationen auslösen. Auch überhöhte Erwartungen an das Glückspotenzial von Familien können sich auf das unvermeidliche Konfliktpotenzial des familiären Alltags verstärkend auswirken. Die Familienmitglieder haben in der Regel intensive soziale und emotionale Beziehungen bei meist hoher Interaktionsdichte. Sie haben hohe Erwartungen an Geborgenheit und Sinnbestätigung, die Beziehungen sind auf Dauer und Kontinuität ausgerichtet. Die Dynamik der familiären Interaktionen entsteht durch die Referenz auf gemeinsame Sinndeutungen und eine gemeinsame Geschichte, die in der Regel den Zeitverlauf mehrerer Generationen umfasst. Familie verweist also immer auf einen intergenerationalen Bezug.

Seit den sechziger Jahren wird die Form der „klassischen Kernfamilie“, in der zwei Generationen vertreten sind – der Ehemann, die Ehefrau und ein oder mehrere Kinder, von der Sozialpolitik gefördert. Von diesem Familientypus sind Mehrgenerationenfamilien zu unterscheiden, die mindestens drei Generationen umfassen. Auch in Großstädten ist dieser Typus in der Form der sogenannten „multilokalen Mehrgenerationenfamilie“ häufig vertreten, wenn auch die Haushalte räumlich getrennt sind. „Erweiterte Familien“ sind Familien, in denen Kern-/Teilfamilien mit anderen Menschen unabhängig von Generationszugehörigkeiten oder einer Verwandtschaft zusammenleben. Hierzu können auch „Wohngemeinschafts-Familien“ bzw. Paare und Einzelpersonen mit oder ohne Kinder gerechnet werden. Zur „Ein-Eltern-Familie“ wird eine Familie durch Verwitwung, Verwaisung, Trennung, Scheidung, Desertion oder durch Geburt außerhalb einer festen Partnerschaft. Bei dieser Einteilung ist zu beachten, dass manche Familien nur für eine bestimmte Zeit in einer bestehenden Konstellation zusammenleben. Für bestimmte Zeiträume, z. B. wenn der Vater auf Montage ist, leben die Angehörigen in einer anderen Familienkonstellation.

Die Familienformen wandeln sich, neben der traditionellen Familie leben Kinder in Stief- oder Fortsetzungsfamilien und wachsen oftmals auch in stationären Jugendhilfeeinrichtungen auf. Leben sie zu bestimmten Zeiten bei einem anderen Elternteil, wird vom binuklearen Familientypus gesprochen, da das Kind in einem Familiensystem mit zwei Haushalten groß wird. Getrenntes Zusammenleben oder auch zwei berufstätige Elternteile gehören ebenso ins gesamtgesellschaftliche Bild. Eine weitere Folge des Wandels der Familien ist die Trennung von sozialer und biologischer Elternschaft. Das bedeutet, dass minderjährige Kinder öfter bei Eltern aufwachsen, mit denen sie nur zur Hälfte oder gar nicht leiblich verwandt sind. Dieser Sachverhalt wird mit dem Begriff der multiplen Elternschaft gekennzeichnet, jedoch werden auch Begriffe wie Fortsetzungs- oder Patchworkfamilie, Stieffamilie etc. benutzt. Durch die Diversifizierung der Haushaltstypen findet eine andere Gewichtung der

Lebensformen statt, und es entstehen neue Formen des Zusammenlebens. Auch steigt der Anteil an Alleinerziehenden zunehmend an. Kinder werden also immer häufiger mit verschiedenen wichtigen Bezugspersonen in Kontakt kommen, welche ihnen oftmals nicht durch Blutsverwandtschaft nahestehen.

Der Familie kommt eine besondere Bedeutung für die Gesundheit bzw. der Nicht-Gesundheit der Familienmitglieder zu. Allgemein kann davon ausgegangen werden, dass eine gesunde Lebensweise durch die Qualität des Zusammenlebens im Familienverband beeinflusst wird.

Familienmitglieder stellen in der Regel ein hohes emotionales Unterstützungspotenzial füreinander dar. Mitglieder von Familien verfügen meist über ein ausgedehnteres Netzwerk als Alleinstehende. Hinsichtlich der Konsumgewohnheiten, einschließlich des Zugangs zu psychotropen Substanzen, kommt der Familie eine Leitfunktion zu. Familie kann einerseits eine Unterstützung für ein gesundes Leben bedeuten, andererseits aber ein pathogener Lebenskontext sein, in dem die Mitglieder überfordert werden. Familie kann somit einen Stressfaktor darstellen und eine Unterstützung bei der Verarbeitung von Stress bieten.

Das Kind ist einerseits zunehmend Objekt der Befriedigung subjektiver und emotionaler Bedürfnisse der Eltern geworden. In diesem Zusammenhang kann auch ein für das Kind problematischer Machtkampf um Bildung und Erziehung zwischen den (leiblichen) Eltern oder sekundären Institutionen entstehen. Das nimmt in der Familie heute eine zentrale Stellung ein. Dies führt in einem rekursiven Prozess zu einer Veränderung der Elternrolle, der Erziehungsziele und Erziehungspraktiken. Andererseits übernehmen anstelle der Familie sekundäre Instanzen und Institutionen vermehrt Sozialisationsaufgaben (z. B. die Ganztagschulen und die Schulaufgabenhilfe). Jedoch verläuft der Prozess der Modernisierung der Familien in den letzten Jahrzehnten nicht linear in Richtung einer fortschreitenden Autonomisierung oder zunehmenden Determinierung, sondern führt insgesamt zu einer wachsenden Flexibilisierung der Formen der privaten Lebensführung. Diese Flexibilisierung erfordert eine größere Selbststeuerung des Einzelnen. Die Verwandtschaft als ein Gefüge von sozialen Rollen bildet in positiven Fällen ein stützendes Netzwerk und einen Solidaritätsverband. Soziale Regelungen und die Grade der Verwandtschaft definieren die Rechte und Pflichten der Verwandtschaftsrollen, die zugleich dem gesellschaftlichen Wandel unterliegen. Auch mittels der Verwandtschaft nimmt die Familie die Gesellschaft (mit ihren Normen, Sitten, Werten und Herrschaftsstrukturen) auf. Hier weitet sie ihren Erfahrungs- und Handlungsbereich aus und verschiebt quasi die Grenze der Familie in den gesellschaftlichen Raum hinein. Auf diese Weise ist sie in der Lage, eine Kontrollfunktion über die Familie auszuüben. So werden, zumindest dann, wenn die Verwandtschaft eine Bedeutung für das Familienmitglied hat, nicht nur die Außenbeziehungen der Familie durch Normen und Regeln kontrolliert, sondern auch der Intimraum der Familie wird zumindest teilweise kontrolliert. Die generelle Abnahme verwandtschaftlicher Kontakte beinhaltet einerseits eine Freisetzung individueller Kräfte und Möglichkeiten. Andererseits verliert die Familie wichtige Funktionsbereiche. Frühere überwiegend familiäre Aufgaben, wie z. B. die Pflege der Kranken und Alten, werden von anderen Institutionen übernommen. Dennoch ist die soziale Bedeutung der Verwandtschaft erhalten geblieben. Insbesondere die Großeltern helfen bei der Erziehung, unterstützen die Kinder materiell bei Übergängen im Familienzyklus und übernehmen auch emotional und praktisch bei kritischen Lebensereignissen (z. B. bei Krankheiten und Scheidungsfolgen) eine helfende Rolle. Die Verwandtschaft bildet in der Regel trotz steigend empfundener „Generationsbelastung“ eine Art Solidaritätsreserve.

Der Lebenszyklus von Familien lässt sich in Entwicklungsschritte differenzieren. Diesen Einschnitten kommt eine besondere Bedeutung zu, da sie häufig zu Krisen in der Funktionsfähigkeit der Familie führen. Die Lebenszyklen können unterschieden werden in:

- Phase der Partnerschaft ohne Kinder
- Familie mit Kleinkindern
- Familie mit Kindern im Vorschulalter
- Familie mit Kindern im Schulalter
- Familie mit Adoleszenten
- Familie im Ablösungsprozess
- Familie bzw. Paar in der Lebensmitte
- Familie bzw. Paar im Alter

Bei dieser Einteilung ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Übergänge von einer Lebensphase zur anderen oftmals nicht (mehr) eindeutig bestimmbar sind und sie nicht für alle Familienformen (z. B. Alleinerziehende, Scheidungsehen mit einer erneuten Heirat u. a.) in gleicher Weise gelten.

Übungsvorschlag

Im Rollenspiel werden typische Probleme der jeweiligen Familienphase gespielt. Die Berater haben die Aufgabe, diagnostisch die Probleme des Paares im Kontext der jeweiligen Lebensphase aufzunehmen und das Paar entsprechend zu beraten. Im Anschluss wird das Verhalten der Berater reflektiert und überlegt, welche typischen Aufgaben eine Familie in dieser jeweiligen Lebensphase zu bewältigen hat.

Der soziale und technische Wandel der Gesellschaft verlangt eine stetige Veränderung des Verhaltens und der Einstellungen auf die Anforderungen angemessen zu reagieren. Die einzelnen Phasen zwingen das Familiensystem, die Regeln für das Funktionieren des Familienlebens auf einer neuen Ebene anzupassen und ein neues „Fließgleichgewicht“ zu finden. Solche umfassenden Änderungen des gesamten Familiensystems sind in jeder neuen Lebensphase notwendig, wenn neue Regeln für die Kommunikation gefunden werden müssen und die Rollen in der Familie neu verteilt werden. Die Gestaltung der Übergänge erfordert eine Koordination und Synthese durch das Individuum und die Familie.

Die Entwicklungstendenzen und Aufgaben in den jeweiligen Lebensphasen sind für Individuen und Familien eher zu bewältigen, wenn diese in einem dosierten Maße mit Veränderungen und Anforderungen konfrontiert werden. Erscheinen die neuen Anforderungen als angemessen, werden sie eher als Herausforderung begriffen. Können die Anforderungen nicht angemessen bewältigt werden, kann dies zu Krisen führen und es besteht die Gefahr, Symptome mit entsprechenden Abwehr-, Ausweich-, Rückzug-, Konflikt- und Aggressionstendenzen zu „produzieren“, mit der Folge, dass Phänomene in Form von Abweichungen, psychischen und sozialen Auffälligkeiten, Beeinträchtigungen und körperlichen Erkrankungen entstehen.

Es entspricht der Logik der Familienzyklusperspektive, sie auf der vertikalen Ebene durch die Mehrgenerationenperspektive zu erweitern. Diese Perspektive geht davon aus, dass die intergenerationale Weitergabe vielfältiger Aspekte des Familienlebens über zentrale handlungsleitende, handlungsbegründende und sinnstiftende Ideen im aktuellen System präsent ist. Die Grundannahme der Mehrgenerationenperspektive ist, dass Verhalten, Gedanken, Normen und Werte u. a. aus früheren Generationen bedeutsam für die heutigen Interaktionen sind. Auf der vertikalen Beziehungsachse Eltern-Kinder werden die Beziehungen zur Großeltern- bzw. Enkelgeneration erweitert und die Störungen und Konflikte der jeweiligen Kindergeneration auf dem Hintergrund der z. T. unbewussten Konflikte zwischen Eltern und Großeltern und deren Beziehungen (bzw. den neuen Partnern und ihren/dessen Eltern) interpretiert. Es wird angenommen, dass sich in Familien über die Generationen immer dieselben oder sehr ähnliche Konflikte, die sich als unsichtbare Bindungen bezeichnen lassen, abspielen. Diese Prozesse lassen sich als interfamiliäre Wiederholungszwänge bezeichnen.

Auch durch die Wahl eines „passenden“ Partners können Wiederholungen familiärer Strukturen in der nächsten Generation fortgesetzt werden, indem beispielsweise ein Partner ausgesucht wird, der ebenso starke Loyalitätsanforderungen wie die eigenen Eltern stellt. Oft entstehen aus solch einem Arrangement starke, unüberwindliche Konflikte. Mit dem Mehrgenerationenansatz lassen sich physische, emotionale und soziale Dysfunktionen als Ausdruck und Folge von Problematiken verstehen, die sich über mehrere Generationen entwickelt haben und weitergereicht wurden und werden.

Die intrafamiliären Beziehungsstrukturen von Familien lassen sich in verschiedene Generations- und Geschlechterbeziehungen (Eltern-Kind-Beziehungen, Geschwisterbeziehungen, das Verhältnis zwischen den Enkelkindern und Großeltern, Paarbeziehungen) differenzieren.

Die Eltern-Kind-Beziehung beginnt bereits vor der Geburt; letztlich schon vor der Zeugung, wenn die auf das ungeborene Kind wirkenden mehrgenerationalen Vorstellungen, Wünsche, Delegationen und Vermächnisse berücksichtigt werden. Das psychische Befinden der Eltern nimmt ebenso Einfluss auf die Schwangerschaft der Mutter wie die Stabilität der Paarbeziehung. Der Charakter der Beziehungen zwischen Eltern und Kindern hat sich in den letzten Jahrzehnten für große Teile der Bevölkerung verändert. Aus einem Erziehungsverhältnis ist ein Beziehungsverhältnis geworden, das partnerschaftliche Züge aufweist. Strittige Probleme werden zunehmend ausgehandelt. Den Eltern gelingt (meist) die „einfache Fürsorge“ für die Kinder, jedoch stellt der kulturelle Wandel die Eltern immer wieder vor neue Anforderungen. Eltern ändern vielfach ihr Denken und ihr Verhalten zu langsam, da die prospektiven Erziehungsmöglichkeiten durch die eigenen, verinnerlichten Sozialisationsmuster behindert werden (vgl. Beushausen 2012).

Fast jede vierte Familie ist durch ein chronisch krankes Kind belastet. Bei einem Viertel der Kinder liegen ernste Konflikt- und Kommunikationsstörungen vor. Symptome sind eher zu beobachten bei auftretenden Ehekonflikten der Eltern und einem uneinheitlichen Erziehungsstil. Haben die Eltern ein geringes Selbstwertgefühl und ist ihre Beziehung zu den Familienmitgliedern dysfunktional, ist die Gefahr größer, dass das Kind von den Eltern benutzt wird, um deren Selbstwertgefühl zu steigern. Väter oder Mütter mit einem niedrigen Selbstwertgefühl rivalisieren leichter mit dem Kind um den Partner. In diesen Fällen kommen die elterlichen Funktionen zu kurz, das Selbstwertgefühl und das Lebensgefühl der Familienmitglieder werden negativ beeinflusst. Solche Eltern erziehen oftmals überbehütend. Kinder von ängstlich gehemmten Eltern sind ebenfalls eher ängstlich und unsicher. Die Paar-Dyade der Eltern ist in gestörten Familien oft durch enge Bindungen eines Elternteils an andere Familienmitglieder, besonders den Großeltern, geschwächt (vgl. von Schlippe/Schweitzer 2012).

Familien unterscheiden sich hinsichtlich der Geschwisterpositionen, in der Kinderzahl, durch größere oder kleinere Altersabstände und durch das Geschlecht der Kinder. Da auch die Eltern wiederum ebenfalls aus größeren oder kleineren Familien mit entsprechenden Geschwisterpositionen stammen, ergeben sich die vielfältigsten Geschwisterkonstellationen. Die Stellung im Geschwistersystem gehört für ein Kind zu den wichtigsten Beziehungen. Geschwister werden füreinander sehr früh zu wichtigen Erfahrungspartnern im Erleben einer gemeinsamen affektiven Intentionalität. Das Verhältnis der Geschwister wird u. a. geprägt durch die jeweiligen Altersabstände. Geringe Altersabstände binden Geschwister stärker aneinander. Größere Altersabstände von ca. sechs Jahren und mehr lassen die Geschwister ähnlich wie Einzelkinder aufwachsen. Die Geschwisterpositionen können sich durch besondere körperliche oder geistige Fähigkeiten der Kinder verändern. Ein Kind kann unabhängig von seiner tatsächlichen Position die Stellung eines älteren Geschwisterkindes erlangen oder aufgrund von Schwächen degradiert werden.

Die Großeltern bilden den Ausgangspunkt der intergenerationalen Beziehungen. Oft sind sie neben den Eltern für die Kinder die wichtigsten direkten Bezugspersonen. Viele spielen mit ihren Enkeln, unternehmen etwas mit ihnen und erzählen, wie es früher war. Durch die Geburt der Enkel wird im Allgemeinen der Kontakt der erwachsenen Kinder zu ihren Eltern wieder bedeutsamer. Insbesondere die Großmütter unterstützen ihre Kinder in vielfältiger Weise (besonders bei der Kinderbetreuung und in Krisen). Die Großeltern fungieren als Träger der Familientradition und stellen vielfach für die Enkel, insbesondere im

Prozess des gesellschaftlichen Wandels äußerer Geschehnisse mit den dazu gehörenden Unsicherheiten, politischen Veränderungen und Katastrophen, ein beruhigendes, stabilisierendes und konstantes Element dar.

Es ist davon auszugehen, dass z. Zt. ca. jede dritte Ehe geschieden wird, dass etwa ein Fünftel aller Kinder in den alten und ein Drittel in den neuen Bundesländern ihre Kindheit nicht mit ihren beiden leiblichen Eltern verbringen werden, sondern Erfahrungen in anderen Formen familialer Organisation machen sowie eventuell sogar mehrmals einen Wechsel zwischen verschiedenen familialen Settings bewältigen müssen (vgl. 7. Familienbericht 2005). Aus der hohen Zahl der Ehescheidungen kann jedoch nicht auf einen generellen Bedeutungsverlust der Ehe geschlossen werden. „Gekündigt“ wird nur dem Ehepartner, mit dem das Zusammenleben nicht länger erträglich ist.

Die Ursache von Partnerschaftsproblemen liegt oftmals in gravierenden Konflikten zwischen den Eltern in den Herkunftsfamilien und in einer mangelnden Ablösung der Partner von ihren Herkunftsfamilien. Die in den Herkunftsfamilien ungelösten Konflikte wiederholen sich mit den Partnern, den Schwiegereltern oder den Kindern. Der Loyalitätstransfer von der Ursprungsfamilie auf die Paarfamilie und damit die Herausbildung einer neuen, abgegrenzten Familie ist hier nicht gelungen. Diese Erkenntnisse weisen auf die Bedeutung der dargestellten Mehrgenerationenperspektive hin (s. Beushausen 2012).

Untersuchungen (vgl. Schnabel 2001) weisen allgemein darauf hin, dass gute Paarbeziehungen in der Regel durch hohe kommunikative Kompetenz und ein differenziertes Problemlösungsverhalten gekennzeichnet sind, während Paare/Eltern mit geringer kommunikativer Kompetenz und geschlechtstypischen Rollenrepertoires häufig scheitern.

Im Weiteren werden Kriterien für die Bewertung familiärer Funktionstüchtigkeit vorgestellt (vgl. Beushausen 2012). Zu beachten ist, dass eine an dysfunktionalen Strukturen orientierte Analyse sich auf normative Vorstellungen über das Funktionieren einer gesunden/funktionalen Familie gründet.

Die soziale Steuerung von familiären Systemen erfolgt mithilfe von familialen Lebensphilosophien, Normen und Werten. Die Steuerung von familiären Systemen erfolgt mithilfe einer Werteordnung, die sich nach praktischen Erfordernissen und den internalisierten Normen und Werten im Kontext der gesellschaftlichen Erfordernisse richtet. Werte sind wichtige Sinngeber für soziales Handeln. Gesellschaftliche Grundwerte werden häufig in symbolischen Formen zum Ausdruck gebracht, in Familien drücken sie sich beispielsweise in der Art des Umgangs mit Konflikten oder mit Gerechtigkeit aus. Der Sinn der Werte muss in den Familien im Lebenszyklus immer wieder neu gedeutet und ausgehandelt werden.

Was im Einzelnen erlaubt, was verboten ist, was als gut, schlecht, erstrebenswert oder abschaffungswürdig gilt, wird in Normen konkretisiert. Normen sind die Auslegungsvorschriften für die Werte. Handelnde Personen kennen und beachten die sozialen Normen und erwarten, dass die Interaktionspartner sie auch beachten. Unabhängig von der konkreten Beziehung zwischen einzelnen Personen schaffen sie eine regelnde Ordnung, nach der sich der Einzelne mehr oder weniger richten muss. Sie haben strukturgebende Wirkungen, verbinden sich zu Regelsystemen und werden zu sozialen Rollen. In gesellschaftlichen Situationen verbinden sie sich zu typischen Verhaltensmustern, in denen bestimmte Verhaltensweisen als passend bzw. sinnvoll beschrieben werden. Mithilfe der Normen wird Verhalten bewertet und im Falle einer Verhaltensabweichung mit Sanktionen reagiert. In ihren Auswirkungen strukturieren sie das gesellschaftliche Zusammenleben, wobei sie sich im Rahmen des gesellschaftlichen Wandels verändern und neu angepasst werden müssen. Die familiären Philosophien, Werte und Normen sind in einem zirkulären Prozess nicht nur geprägt durch die gesellschaftlichen Werteordnungen und Normen (Rechtsauffassungen u. a.), sondern auch durch die materiellen Lebensbedingungen. Diese üben prägnante Einflüsse aus, die auf die Lebensphilosophien, Werte und Normen zurückwirken.

Einige Aspekte familiärer Philosophien, Normen und Werte, mit denen die Funktionstüchtigkeit von Familien beurteilt werden kann, sollen kurz benannt werden:

- Um funktional zu handeln, benötigen Familien die Fähigkeit, sich ausreichend an den Lebens- und Entwicklungsprozess ihrer Mitglieder anpassen zu können (Adaptabilität).
- Das Vorleben der Geschlechterrolle durch die erwachsenen Familienangehörigen ist durch Anpassung und Gegenanpassung der Geschlechtsidentität geprägt.
- In vielen Familien ist der Wert Gerechtigkeit ein Leitwert; insbesondere bei der Verteilung von Liebe, Zuwendung, Geld, Besitz und Rechten.
- Familiäre Werte drücken sich (auch) aus in der gegenseitigen Ab- oder Aufwertung der Familienmitglieder. Diese äußert sich sprachlich sowie mittels Gestik und Mimik. Bei der Abwertung handelt es sich um den Versuch, die anderen nicht als gleichwertig zu betrachten. Die Aufwertung kennzeichnet die Erhöhung anderer Menschen. Diese werden zum Maßstab des eigenen Handelns.
- Familiäre Philosophien und Werte drücken sich darin aus, wie religiöse Auffassungen gelebt werden, welche Bedeutung Politik hat (einschließlich der Bedeutung der politischen Vergangenheit der Eltern und Großeltern) und welchen kulturellen Interessen und Hobbys die Familienmitglieder nachgehen.
- Der Umgang mit Treue zwischen den Ehepartnern, das Ausmaß des familiären Zusammenhalts, der Selbstaufopferung und der Überfürsorge einzelner Familienmitglieder drückt sich ebenfalls in den Familienwerten aus.
- Im Umgang mit Leistung manifestieren sich für das Familienleben bedeutsame Werte und Normen.
- Die familiären Normen und Werte drücken sich im Umgang mit Konflikten aus. Verschiedene Wertauffassungen der Familienmitglieder und ihre normative Umsetzung sind häufig Anlass für Meinungsverschiedenheiten und Streit. In den Familien können verschiedene Bewältigungsformen und Abwehrmechanismen im Umgang mit den Konflikten beobachtet werden. Die häufigste problematische Form ist die Konfliktvermeidung (vgl. Beushausen 2004).

Regeln sind Beschreibungen eines Beobachters, der Rückschlüsse zieht, wie sich die Mitglieder eines Systems darauf geeinigt haben, die Wirklichkeit zu definieren und wie sie Verhalten bewerten. Sie geben Auskünfte, wie ein erwünschtes oder unerwünschtes Verhalten aussehen soll. Regeln sind Handlungsanweisungen an Rollenträger in Interaktionssituationen. Sie können für Situationen oder für Beziehungen gelten, explizit (offen), implizit (verdeckt, nicht bewusst), funktional oder dysfunktional sein. Die impliziten Regeln sind den Systemmitgliedern häufig nicht bewusst. Wird eine implizite Regel bewusst aufgestellt, kann diese nicht mehr in der gleichen Weise wie früher befolgt werden, da sie zu einer expliziten Regel geworden ist. Beispiel: In einer Familie erhalten alle Kinder das gleiche Taschengeld. Wenn diese Regel angesprochen wird, wird sie zu einer expliziten Regel.

Im Laufe des familialen Lebens verändern sich die Regeln und damit automatisch die Beziehungen der Familienmitglieder untereinander. Familiäre Regeln tragen zur Identitätsfindung der Familienmitglieder und der Beziehungsdefinition bei. Sie dienen dazu, die Homöostase eines Familiensystems aufrechtzuerhalten. Sind die Regeln zu starr (z. B.: Es darf kein Geheimnis in der Familie geben) oder zu flexibel (z. B.: Die Jugendliche kommt nach Hause, wann sie will) sind sie dysfunktional, das dynamische Gleichgewicht kann nicht gewahrt werden, und das Familiensystem reagiert nicht angemessen auf situative Anforderungen. Andere Regeln beziehen sich u. a. auf die Art und das Ausmaß der Entwertungen (z. B. verbale Abwertungen eines Familienmitglieds), der Kommunikationsabweichungen, der Familiengeheimnisse und der Familienmythen. Zudem wird bestimmt, wie die gegenseitige Verpflichtung und Unterstützung der Familienmitglieder geregelt ist.

Die Durchsetzung von Regeln, Normen und Werten benötigt soziale Kontrolle. Mittels sozialer Kontrolle wird versucht, Personen zu Verhaltensweisen zu bringen, die im Rahmen der jeweiligen Gesellschaft positiv bewertet werden. Dies geschieht durch Versuche, die innere Anerkennung der Normen zu fördern und zum Maßstab des eigenen Handelns werden zu lassen, oder durch äußere soziale Kontrolle, d. h. durch Druck in Form von Sanktionen. Regeln bestimmen somit, ob ein auffälliges oder problematisches Verhalten zu einer Ausgrenzung führt und welche gesellschaftliche Institution für die Sanktionen und die Beseitigung des Problems zuständig ist. Dabei ist es für eine Person und für die gesellschaftlichen Systeme äußerst bedeutsam, ob eine Verletzung einer Regel als kriminell, krank oder als verrückt bewertet wird (vgl. Simon 2012). Für diese Unterscheidungen gibt es keine eindeutig abgrenzenden Merkmale, sondern sie sind Ausdruck gesellschaftlich produzierter Wirklichkeit.

Der Begriff der Hierarchie beschreibt, wie in Familien die Ordnung und Aufteilung von Macht geregelt ist. Macht beruht auf der Möglichkeit von Gewaltanwendung und beinhaltet die Chance, innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen. In allgemeiner Form ist alles soziale Handeln in irgendeiner Form Machtausübung und jede Beziehung ist um den Ausgleich von Macht zentriert. In einer systemtheoretischen Position, die von der Zirkularität familiärer Interaktionen ausgeht, sind gradlinige Ursache-Wirkungs-Konzepte hinfällig. In einem solchem Konzept ist eine Machtposition (eher) ein Aspekt der Beziehung als der eines Individuums. Handeln wirkt auf die eine oder andere Weise auf den Handelnden zurück, hat jedoch nicht für alle Beteiligten die gleiche Wirkung. Aus der Sicht des Subjekts sind Handlungen eines anderen durchaus Handlungen im Sinne einer gradlinigen kausalen Machtbeziehung (z. B. ein Kind erhält ein Fernsehverbot). In diesem Zusammenhang ist an Simons (1995a) Differenzierung der Unterscheidung einer „harten und weichen Realität“ zu erinnern. So ist beispielsweise eine „härtere Realität“ die Wirkung einer Interaktion eines Menschen mit einer heißen Herdplatte. Ähnlich ist es beim Einsatz von Gewalt eines Erwachsenen gegenüber einem kleinen Kind. Bei der „weichen Realität“ ist hingegen die intersubjektive Bestimmung von Wirklichkeit bestimmend. Hier kann das Familienmitglied bei den Interaktionen, z. B. bei einem Ehestreit, Täter und Opfer zugleich sein.

Für das Funktionieren einer Familie und für den Sozialisationsprozess sind Machtbeziehungen im Verhältnis zwischen Eltern und Kindern an sich notwendig und nicht pathologisch (s. Beushausen 2013). Durch Regeln sanktionierte und kontrollierte Macht ist für die Familien strukturgebend. Familien benötigen daher verbindliche Absprachen über Zuständigkeiten, Rollen, Aufgaben und Zielstellungen, um funktional handeln zu können. Wird Macht von den Eltern nicht in ausreichendem Maße wahrgenommen, führt dies zu Rollenumkehrungen zwischen Eltern und Kindern. Problematisch ist eine Machtstruktur, die erstarrt ist. Ebenso ist es problematisch, wenn die notwendige Anpassung an die Entwicklungs- und Lebensphasen der Familienmitglieder und der Familie nicht (mehr) gegeben ist oder wenn Macht willkürlich ausgeübt wird. Die Verantwortung gegenüber den Kindern gebietet, den familieninternen und -externen Handlungsspielraum so zu begrenzen, dass die Eltern sich selbst als begrenzte, abhängige und die Konsequenzen des eigenen Handelns reflektierende Personen erfahren können.

Die familiären Hierarchien spiegeln sich auch in der Bestimmung der Familienrollen und der familiären Aufgaben wider. Rollen lassen sich definieren als die Gesamtheit der Erwartungen und Normen, die sich in einem System in Bezug auf die Position, Handlungen und Aufgaben herausbilden. Rollen sind Verhaltenserwartungen, die an eine Position in einem situativen oder sozialen Kontext gerichtet werden. Sie dienen der Verfestigung von Normen zu bestimmten Verhaltenskomplexen und beruhen auf Verhaltensregelmäßigkeiten, die auf gemeinsam geteilte Werte und Normen zurückgehen und einem starken Wandel unterliegen. Dies ändert jedoch nichts daran, dass Personen ihre Rollen trotz wandelnder Inhalte behalten. So bleibt beispielsweise ein Kind zeitlebens das Kind seiner Eltern, auch wenn es längst ausgezogen ist.

Im unmittelbaren Interaktionsgeschehen äußern sich Rollen durch bestimmte Handlungen und Verhaltensweisen. Die für die Funktionstüchtigkeit der Familie bedeutsamsten Rollentypen sind die Geschlechts- und Generationsrollen. Die Rollenerfüllung wird durch Regeln bestimmt, die einen unterschiedlich hohen Grad der Verbindlichkeit haben. Rollen werden vom einzelnen Individuum internalisiert und so zu eigenen Verhaltensmaßstäben. Je besser die Rollen innerhalb eines Systems aufeinander abgestimmt sind, desto eher werden Störungen des Zusammenlebens und der Sozialisation vermieden. Widerspricht die Ausübung einer Rolle den vorgegebenen Erwartungen oder sind die Rollen in sich widersprüchlich, kann es zu Konflikten und in deren Folge zu Pathologien kommen. Zu pathologischen Wirkungen kommt es besonders dann, wenn Rollendefinitionen angesichts fälliger Entwicklungen erstarren und es zu Parentifizierungen (die problemhafte Beteiligung der Kinder an den Elternfunktionen) und Triangulierungen kommt. Der Begriff der Triangulierung meint zum einen lediglich eine Beschreibung der Beziehungen zwischen mindestens drei Personen und zum anderen die Erweiterung einer konflikthafter Zweierbeziehung

um eine dritte Person, die den Konflikt verdecken oder entschärfen soll. Dabei kann einem Kind die Rolle des umworbenen oder umstrittenen Bundesgenossen zugewiesen werden oder auf ein Familienmitglied können negative Impulse übertragen werden (Sündenbock). Weitere typische familiäre Rollen, deren Verhaltensweisen sich oftmals in anderen Kontexten (Gruppen, Wohngemeinschaften, Beratungsausbildungsgruppen etc.) spiegeln, sind der Exponent (übernimmt innerhalb einer familiären Untergruppe eine Führungsposition, hierbei kann er ein progressives oder regressives Verhalten zeigen), der Kompagnon (verzichtet auf eine eigenständige Position), der Vermittler, der Emigrant (distanziert sich auf krasse Weise von den Familienregeln oder sucht Anschluss an außerfamiliäre Gruppen, wird von den Familienmitgliedern teilweise beneidet, aber auch wegen seines mangelnden Engagements für die Familie kritisiert) und der blinde Passagier (ist unauffällig, zeichnet sich durch Unscheinbarkeit und „Normalität“ aus). Dieser Aufzählung können folgende Familienrollen zugeordnet werden: Familienliebling, Familyentyrann, Schwarzes Schaf (ähnlich der Rolle des Sündenbocks), die Rolle des Fürsorglichen bzw. Helfers in der Familie und des Hilfsbedürftigen (s. Beushausen 2004).

Richter beschrieb bereits 1972 die folgenden Rollenzuweisungen zwischen Eltern und Kindern, die er als Substitute kennzeichnete:

- Das Kind dient als Substitut für einen anderen Partner (Gattensubstitut).
- Das Kind übernimmt die Elternrolle für die Eltern bzw. für einen Elternteil (Elternsubstitut). Dies beinhaltet eine Generations- bzw. Rollenumkehr.
- Wenn das Kind zum Bündnispartner im Elternstreit wird, ist es in der Rolle des umworbenen oder umstrittenen Bundesgenossen.
- Wird das Kind zu einem Substitut des idealen Selbst, personifiziert es die Hoffnung der Eltern auf Nacherfüllung des eigenen Strebens und es soll das niedrige Selbstwertgefühl der Eltern ausgleichen.
- Bei einem Substitut des negativen Selbst werden mittels einer projektiven Identifikation die negativen Aspekte des eigenen Selbst auf das Kind übertragen. Beispiel: Das Kind drückt die Depressionen aus, die ein Elternteil bei sich verleugnet. Auf diese Weise gelingt den Eltern in Identifizierung mit ihrem Kind die schuldfreie Ersatzbefriedigung eigener, verpönter Impulse.

Problematisch sind für die einzelnen Familienmitglieder und insgesamt für die Funktionalität der Familie „pathologische“ Koalitionen. Koalitionen sind offene oder verdeckte, wechselnde oder stabile Bündnisse zwischen zwei oder mehreren Familienmitgliedern. Der Zweck solcher Bündnisse kann ein gemeinsames Ziel oder die gemeinsame Opposition gegen die Ziele anderer Familienmitglieder sein. Dysfunktional werden Koalitionen, wenn sie zu Störungen der Generationsgrenzen oder der Bildung von Substituten beitragen.

Durch Grenzen wird bestimmt (s. Beushausen 2013), wer zu einem System gehört und wie er dazugehört. Familiäre Systeme regeln mit dem Merkmal der Grenze ihre Offenheit und Geschlossenheit. Zu unterscheiden sind innere und äußere Grenzen der Familie. Die innerfamiliären Grenzen kennzeichnen die Nähe- und Distanz-Regelung der Familienmitglieder und der Subsysteme untereinander sowie den Grad der Bereitschaft, Abgrenzungen wahrzunehmen. Die äußeren Grenzen regeln die Beziehungen der Familie zu den Umwelten. Da auch andere Systeme Grenzen haben, führt dies zu vielfältigen Grenzüberschneidungen. Das Subsystem der Eltern hat eine doppelte Funktion, nämlich die des elterlichen und die des ehelichen Subsystems. Hier ist eine klare Abgrenzung besonders wichtig, um dem Paar zu ermöglichen, sich von den Kindern abzugrenzen und sich gegenseitigen Kontakt und Unterstützung zu bieten. Ist diese Grenze zu rigide, ist das Paar schnell isoliert; ist die Grenze zu diffus, können andere Untergruppen, wie z. B. die Kinder oder ein Großelternteil, sich in die Paar-Dyade hineindrängen. Das Ausmaß der Durchlässigkeit der Grenzen wird in einem beträchtlichen Ausmaß durch soziale Normen bestimmt. Jedes Individuum bringt auf dem Hintergrund seiner Lebensgeschichte Grenzregelungen in künftige Beziehungen ein. An der Art der innerfamiliären Grenzen erkennen wir unterschiedliche Regeln für Angehörige verschiedener familialer Subsysteme.

Die innerfamiliären Grenzen lassen sich mit den Polen „Isolierung versus Verstrickung“ beschreiben. In isolierten Familien werden übermäßig rigide Grenzen entwickelt und die Kommunikation über die Grenzen der Subsysteme hinweg erschwert. Die Loyalitäten und Zugehörigkeitsgefühle sind wenig ausgeprägt. Es besteht eine Unfähigkeit, um Hilfe zu bitten. Nähe verursacht große Angst. Hier finden wir Familien, in denen die Mitglieder kalt und distanziert wie Fremde nebeneinander leben und keine Einfühlung und kein Verständnis für andere entwickeln. In verstrickten Systemen bestehen diffuse und verwischte Grenzen. Die Autonomie eines oder mehrerer Familienmitglieder ist beeinträchtigt, kognitive und affektive Fähigkeiten sind eingeschränkt, Trennungsangst ist typisch. Die verstrickten Familien wenden sich in einem Übermaß sich selbst zu und schaffen ihren eigenen Mikrokosmos. Die Nähe der Familienmitglieder ist ausgeprägt. Die direkte Kommunikation ist häufig blockiert. Der Wert Gemeinsamkeit wird betont und es wird ein enger Zusammenhalt der Familie mit einer zu starken Abgrenzung nach außen angestrebt. Für die Kinder bedeutet dies hinsichtlich ihrer Autonomiebestrebungen eine Einschränkung in ihren Entfaltungsmöglichkeiten. Familiäre Verstrickungen schaffen starke gegenseitige Abhängigkeiten.

Positiv sind klare Grenzen, in der über eine „gelungene Individuation“ (vgl. Boszormenyi-Nagy und Spark 1981) eine stabile persönliche Identität erreicht wird. Mit diesem Begriff werden zwei grundlegende Prinzipien menschlicher Entwicklung beschrieben: zum einen die Ausbildung individueller Eigenschaften und psychologischer Grenzen (Individuation/Autonomie) und zum anderen die Bezogenheit auf ein Gegenüber (Bindung). Dies gilt auch für Prozesse der Grenzziehung zwischen Subsystemen sowie zwischen Familien und ihren Umwelten. In den Familien lässt sich eine gelungene bezogene Individuation an den Fähigkeiten zum Dialog erkennen. Den Familienmitgliedern ist es möglich, eine eigene Meinung zu artikulieren und den anderen zuzuhören. Es besteht die Fähigkeit und die Bereitschaft zur Übereinstimmung und zur Angleichung, aber auch die Fähigkeit zur Abgrenzung. Gefahren liegen in der Überindividuation, d. h. die Abgrenzung ist starr und zu dicht, die Unabhängigkeit verwandelt sich in Isolation und Einsamkeit. Gefahren liegen auch in der Unterindividuation, in der die Abgrenzung misslingt, d. h. die Grenzen sind zu weich und zu durchlässig (s. Beushausen 2012).

Der Begriff Mythos beinhaltet Leugnung und gegenseitiges Vortäuschen vermeintlicher Tatsachen. Mythen enthalten einen Wahrheitskern, sie verzerren die Wirklichkeit, wobei die Verzerrung von den Familienmitgliedern geteilt wird. Sie haben auch eine für die Systemerhaltung notwendige rationale Funktion, beispielsweise kann eine Familie darauf angewiesen sein, einen guten Eindruck zu vermitteln, obwohl der Vater seit Jahren eine Geliebte hat. Das Wertesystem vieler Familien fordert, zumindest den Schein zu wahren. Oftmals sollen einzelne Familienmitglieder geschützt werden, die in bestimmten Punkten verletzlich sind. Mythen stützen so das familiäre Gleichgewicht. Sie sind besonders in Familien zu beobachten, in denen den Beteiligten die Kompetenz bzw. die kommunikativen Fähigkeiten zu anderen Problemlösungsmöglichkeiten fehlen. Es lassen sich Harmoniemythen, Entschuldigungs- und Wiedergutmachungsmythen (die zur Zuschreibung einer Schuld für ein Problem an eine bestimmte Person führen) und Rettungsmythen (bestimmen einen Außenstehenden zu einem idealisierten Retter) unterscheiden. Ein Mythos bietet Sicherheit und Identität. Der Mythos ist für die Familie das, was für die Individuen die Abwehrmechanismen sind. Sie verdichten prägnante Geschichten zu zentralen handlungsleitenden und sinnstiftenden Ideen und tragen durch ihre symbolische Kraft zur familiären Kohäsion bei. Mythen erfüllen so eine doppelte Aufgabe: Sie verweisen auf das Scheitern der Einigungsprozesse und verdecken dieses Scheitern im Dienst der Aufrechterhaltung der familiären Kohärenz.

Wie Mythen sind Geheimnisse zwischen den Familienmitgliedern für die Entwicklung einer Familie in einem gewissen Maße normal und notwendig (z. B. spielerische Geheimnisse, Ehegeheimnisse, schützende Geheimnisse, Geschwistergeheimnisse). Entscheidend ist, ob Geheimnisse produktiv oder destruktiv wirken. In Familien werden vielfach Themen, die angstbesetzt sind, zu Geheimnissen erklärt und tabuisiert. Familiengeheimnisse beziehen sich besonders auf Normverletzungen wie Inzest, sexuelle Gewalt, Kindesmisshandlung, außereheliche sexuelle Beziehungen, uneheliche Herkunft, das Verhalten der Familienangehörigen im Nationalsozialismus und auf Suizide bzw. Suizidversuche. Familiengeheimnisse bieten die Möglichkeit einer gemeinsamen Verleugnung (Mythos) und dienen dem Ziel, einzelne oder mehrere Angehörige zu schützen. Dies kann zu den angesprochenen Realitätsverzerrungen führen. Kinder spüren jedoch intuitiv die Geheimnisse der Erwachsenen, wenn sie davon betroffen sind. Innerfamiliäre Geheimnisse bedeuten einen Loyalitätskonflikt für mindestens einen der Beteiligten und leisten so einen Beitrag zum Auftreten von familiären Funktionsstörungen (s. Beushausen 2012).

Eine weitere Form möglicher Funktionsstörung sind Vermächnisse. Diese sind Aufgaben, die ein „Auftraggeber“ im Kontext einer starken, oft unsichtbaren Loyalität an Angehörige der nächsten Generation weitergibt, also delegiert. Delegationen werden an die nachfolgenden Generationen weitergegeben durch nonverbale Signale, durch das Familienselbstbild und durch Stimmungsansteckung. Delegationsprozesse an sich sind notwendig, um dem heranwachsenden Kind sinnvolle Lebensziele, Inhalte und Richtungen zu vermitteln. Sie werden jedoch problematisch, wenn sie nicht auf die Bedürfnisse des Kindes abgestimmt sind, es überfordern und Konflikte auslösen, und wenn sich die Aufträge nicht mit den Talenten, Fähigkeiten und Bedürfnissen des Delegierten in Einklang bringen lassen (wenn z. B. ein Kind auf jeden Fall studieren soll) oder es zu Auftragskonflikten kommt. Typischerweise wird ein Delegierter mit einer Mission betraut, jedoch gleichzeitig an einer „langen Leine“ der Loyalität gehalten.

Das Loyalitätskonzept wurde von Boszormenyi-Nagy und Spark (1981) entwickelt. Hierunter wird die Verpflichtung verstanden, bestimmten Erwartungen der Familie, der Verwandten oder anderen Systemen gerecht zu werden. Die Autoren sprechen von Verdienstkonto, an denen sich nach ihren Vorstellungen familiäre Gerechtigkeit orientiert. Die Angehörigen einer Familie werden mit diesen Verdienstkonto oder einem sogenannten Kontenbuch bewertet. Loyalitätsverpflichtungen erstrecken sich auch auf außerfamiliäre Systeme (Gruppen, Vereine, Nachbarschaften usw.). Loyalität hilft der Familie über Generationen, ihre Kontinuität und Kohärenz zu wahren. Sie erteilt hierbei möglicherweise dysfunktionale Aufträge (Vermächnisse). Loyalitätsprobleme treten insbesondere bei widersprüchlichen Aufträgen von Angehörigen an einen Delegierten auf. Loyalität erweist sich so als ein Schlüssel zum Verständnis der Delegation.

Die Loyalität wird bewiesen, indem die Aufträge gewissenhaft erfüllt werden. Hiermit wird die Auftragserfüllung zur Quelle des Selbstwertes. Loyalität sorgt dafür, dass Familiengeheimnisse geschützt und nicht infrage gestellt werden. Loyalitätsverletzungen eines Familienmitgliedes lösen Schuldgefühle und Konflikte mit den Angehörigen aus. Verletzt ein Familienmitglied (oder ein Berater) die Loyalität, so muss er darauf gefasst sein, dass sich die Familie gegen ihn verbündet, denn die Loyalität garantiert jedem Einzelnen innerhalb der Familie Sicherheit und Schutz, um Schmerz und Konflikte zu vermeiden.

Das Eingehen neuer Beziehungen, insbesondere eine Heirat, bringt neue Loyalitätsverpflichtungen mit sich. Je starrer das Loyalitätssystem der Herkunftsfamilie ist, desto schwerer fällt den Individuen die Ablösung. Junge Paare müssen ihre Loyalitätsverpflichtungen von ihrer Herkunftsfamilie auf den neuen Partner übertragen.

Conen (2014) zeigt beispielhaft die Bedeutung der Loyalität im Kontext der Kinder und Jugendhilfe auf. Kinder müssen sich stets loyal zu ihren Eltern verhalten, sie sind vor allem als kleine Kinder sehr auf die Unterstützung ihrer Eltern angewiesen. Kinder zeigen sich aufgrund dieser Loyalität immer wieder bereit, sich auf Versprechungen und Beteuerungen ihrer Eltern einzulassen, auch wenn diese unzureichend für sie sorgen. Familiäre Lasten werden mitgetragen in der Hoffnung, dass sich die Eltern „bessern“ und sie endlich die Eltern bekommen, die sie sich erhoffen. Diese unermessliche Loyalität zeigt sich insbesondere, wenn es zu einer Fremdplatzierung kommt. Treten in den Pflegefamilien oder Heimen nach einer gewissen Zeit, gerade dann, wenn es ihnen besser zu gehen scheint, massive Probleme auf, entlasten die Kinder unbewusst ihre Eltern von dem Image der schlechten Eltern. Conen berichtet zudem, dass auch Erwachsene, wenn sie in der Erziehung versagen, dies ein Ausdruck der Loyalität gegenüber ihren eigenen Eltern sein kann.

Die hier aufgeführten familiären Dysfunktionen tragen oftmals zu familiären Krisen bei. Typische familiäre Krisen sind Trennungen und Scheidungen. Seit den achtziger Jahren wird ca. jede dritte Ehe geschieden, Trennungen nichtehelicher Bindungen sind noch häufiger. Niedriges Heiratsalter, niedriger Sozial- u. Bildungsstand und eine nur kurze Zeit des Kennenlernens vor der Heirat führen eher zu einer Scheidung. Die meist genannten Gründe für eine Trennung sind Untreue, mangelnder Respekt, Gewalttätigkeit, Entfremdung und Alkoholismus. Da oftmals Beziehungsmuster von Generation zu Generation wei-

tergegeben werden, können auch Ehescheidungen transgenerational tradiert sein. Die hohe Ehescheidungsrate ist jedoch nicht die Folge eines Bedeutungsverlusts der Ehe, im Gegenteil ist sie Folge gerade ihrer hohen psychischen Bedeutung und Wichtigkeit für den Einzelnen. Während einer Trennung treten in der Regel schwere Familienkonflikte auf, durch die Kinder oft die adäquate elterliche Zuwendung entbehren müssen. Die Trennung führt in der Regel zu schwierigen ökonomischen Situationen und Überforderungen der beteiligten Personen.

Die größte Bedeutung für die Krisenbewältigung innerhalb der familiären Beziehungen kommt der Funktionalität der Paarbeziehung zu. Reicht die Unterstützung des Partners/der Partnerin nicht oder fällt sie aus, sind meistens die Kinder eine wichtige Stütze. Der Fokus in der Beratung liegt daher insbesondere auf der Dynamik der Paarbeziehung und der Analyse von möglicherweise problematischen Substituten.

Literatur

- Beushausen, J. (2004): Essstörungen und Multiple Süchte. Gesundheit und Krankheit in der Familie – ein systemtheoretischer Zugang. Grundlagen u. Praxis, Leer.
- Beushausen, J. (2012): Genogramm und Netzwerkanalyse. Die Visualisierung familiärer und sozialer Strukturen. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen.
- Beushausen, J. (2013): Gesundheit und Krankheit in psychosozialen Arbeitsfeldern. UTB – Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen.
- Boszormenyi-Nagy, I./Spark, G. M. (1981): Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Bundesministerium für Familien, Senioren Frauen und Jugend (2005): Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit. Siebter Familienbericht. Unter: http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/familienbericht/download/familienbericht_gesamt.pdf [letzter Zugriff: 01.07.2015].
- Conen, M.-L. (2014): Kinderschutz: Kontrolle oder Hilfe zur Veränderung? Ein systemischer Ansatz von Marie-Luise Conen. Lambertus, Freiburg.
- Richter, H. E. (1972): Patient Familie. Rowohlt, Reinbek.
- Schnabel, P. E. (2001): Krankheit und Sozialisation. Vergesellschaftung als pathogener Prozess. Westdeutscher Verlag, Opladen.
- Simon, F. B. (1995): Unterschiede, die Unterschiede machen. Klinische Epistemiologie: Grundlage einer systemischen Psychiatrie und Psychosomatik. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Simon, F. B. (2012): Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Auer, Heidelberg.
- Schlippe von, A./Schweitzer, J. (2012): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Band I. Das Grundlagenwissen. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen.

8. Beratung zu zweit – Coberatung

Ein Beratungsgespräch oder eine gesamte Beratung zu zweit durchzuführen, bietet eine Reihe von Vorteilen, aber beherbergt auch mögliche Probleme. Einzelne Gesprächsteilnehmer können bei der Anwesenheit von mehreren Beratern besser gestützt und konfrontiert werden, Übertragungsprozesse können mehr reflektiert und auch bewusst eingesetzt werden. Probleme können besonders dann entstehen, wenn die Berater sich nicht ausreichend absprechen und es zu problematischen Übertragungen und Spaltungstendenzen kommt. Typisch sind hier spiegelbildliche Wiederholungen in der Kommunikationsstruktur der Klienten bei den Beratern (Beispiel: Ein älterer Berater unterstützt die Seite der Eltern, der jüngere Berater die der Kinder).

Für die Praxis bedeutet dies u. a., dass vor dem Beratungsgespräch Absprachen über mögliche Rollenverteilungen zu treffen sind, wobei sich die jeweilige Rollenverteilung auch durch institutionelle Faktoren (z. B. die Hierarchie innerhalb der Institution) ergeben. Manchmal wird die Rollenverteilung auch durch die Organisationsstruktur bestimmt, wenn etwa die Verantwortung für den Gesprächsverlauf bei einem Mitarbeiter des Jugendamtes liegt. Aber auch persönliche Stärken, Vorlieben oder Kenntnisse (berufserfahrener Kollegen und Anfänger) tragen zu der Rollengestaltung bei. Daher ist es von Vorteil, wenn beide Berater voneinander ihre Stärken und Schwächen kennen.

Vor Beginn des Gesprächs sollten sich die Berater auch darüber abstimmen, ob der Raum besonders gestaltet werden sollte, ob eine bestimmte Sitzordnung gewählt wird und ob kreative Medien benutzt werden. Absprachen der beiden Berater sind für folgende Ebenen möglich:

- Wer unterstützt wen? Ist eine Aufteilung bedeutsam bezüglich der Eltern und der Kinder oder bezüglich des Geschlechts?
- Wer verhält sich aktiver, wer passiver? Ist dies möglicherweise ein Spiegel der Beteiligung der Klienten? (Ein zu schneller Wechsel der Fragenden kann irritieren.) Wiederholt sich eine geschlechtsspezifische Aufteilung?
- Könnten ein Berater mehr für die Gefühlsebenen und der andere für die rationalen, inhaltlichen Ebenen zuständig sein?
- Welcher der Berater unterstützt mehr, wer konfrontiert öfter?
- Wer bestimmt, ob abgewartet werden soll, wenn beispielsweise in der Beratung geschwiegen wird oder wenn sich ein Ehepaar während der Beratung streitet.
- Wer ist verantwortlich für die Struktur, z. B., wann ein neues Thema angesprochen wird, eine Pause vorgeschlagen wird oder eine aktivierende Methode eingesetzt werden soll.

Die Beratung zu zweit lädt dazu ein, die Interventionsform „Kommentierung“ zu nutzen. Bei dieser Interventionsform wird meist für den letzten Teil des Gesprächs eine Pause eingeplant, in der sich die Berater zurückziehen und anschließend den Klienten einen Kommentar mitgeben. In solch einem abschließenden Kommentar werden Eindrücke, Hypothesen und auch Ambivalenzen in einer wertschätzenden Weise zusammengefasst. Empfehlungen können mitgegeben werden, wie etwa an einigen Tagen in der Woche ein anderes Verhalten zu üben oder eine Verhaltensweise intensiver oder weniger zu zeigen als an den anderen Tagen. Klienten können gebeten werden, ein bestimmtes Verhalten zu beobachten und zu dokumentieren, wann es jeweils auftritt. Probehandeln kann ebenso vereinbart werden wie „Hausaufgaben“.

In einer Variante dieser Interventionsform besteht zudem die Möglichkeit, dass die Berater in Anwesenheit der Klienten über diese sprechen. Die Berater können wertschätzend reflektieren, welchen Eindruck sie bisher haben, welche besonderen Stärken sie bei den Klienten erleben und inwieweit sie diese auf „einem guten Weg“ sehen. Klienten sind oftmals von diesen Kommentierungen sehr beeindruckt.

Abschließend soll noch auf ein mögliches Problem der Beratung zu zweit hingewiesen werden. Es besteht die Gefahr, dass Berater ihre Konflikte ungewollt in die Gespräche mitnehmen und dort agieren. Wenn die Berater verschiedener Meinung sind oder miteinander streiten, sollte dieser Konflikt möglichst offen geklärt werden. Wenn eine Konfliktklärung gelingt, kann dies zu einem modellhaften Verhalten für die Klienten werden. Gelingt hingegen keine Klärung des Konfliktes, führt dies oftmals zu massiven Verunsicherungen bei den Klienten.

Übungsvorschläge

- ☐ Reflektieren Sie vor oder nach einem Gespräch Ihre Form der Rollenaufteilung.
- ☐ Reflektieren Sie, ob Sie sich allparteilich gefühlt und verhalten haben, ob Sie sich mit einem Anteil des Klienten solidarisiert haben oder bei der Anwesenheit von mehreren Klienten auf der Seite eines Klienten standen.

9. Passung als entscheidende Variable im Prozess des Helfens

Passungsmodelle sind grundlegend für ein Verständnis von Beratungsprozessen und die Wirksamkeit psychosozialer Unterstützungen. Einführend wird kurz auf systemtheoretische Autoren verwiesen, die sich grundlegend mit diesem Thema beschäftigen.

Bereits Maturana und Varela (1987) sehen Passung als eine Anpassungsleistung, als eine notwendige Bedingung der Überlebensfähigkeit eines Lebenswesens an. Diese kann auf unterschiedliche Weise erfüllt werden, es gibt keinen alleinigen Weg. Zum Verständnis dessen entwickelten Maturana und Varela das Modell selbstreferenzieller Systeme im Kontext ihrer Umwelten. Hierbei erfolgt die Anpassung an die Umwelten als Selektion fortsetzbarer Autopoiesis.

Auch Luhmann (1997) beschäftigt sich mit dem Problem der Passung im Rahmen der Entwicklung von Krankheiten. Systemtheoretisch betrachtet sind für ihn Krankheiten eine nicht gelungene System-Umwelt-Passung, d. h. es gelingt dem System nicht, sich bei auftretenden Perturbationen den veränderten Bedingungen anzupassen. Kurz- oder langfristig ist somit eine Bedrohung der Kohärenz des Systems und damit seines Überlebens gegeben. Phänomene, Symptome und Schädigungen, die als Krankheit bezeichnet werden, lassen sich so als Störungen von Entwicklungsprozessen verstehen, in denen die Wirklichkeitskonstruktionen nicht mehr viabel, also „nützlich“, sind. Krankheitsprozesse sind Teile von Entwicklungs- und Lernprozessen lebender Systeme, sie sind Krisen, in denen letztlich erfolglos versucht wird, auf Anforderungen der Umwelten zu reagieren. Bei Veränderungen der Umwelten müssen die Operationen des Systems neu ausbalanciert werden (Homöostase), es muss ein neuer Eigenwert ausgehandelt werden.

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

Zum Verständnis des Kopplungsprozesses trägt eine Anmerkung von Heinz von Foerster (1997) bei, der von Glaserfelds Begriff „passen“ aufnimmt. „Passen“ meint nicht Anpassung, sondern eine Passung, mit der bildlich gesprochen werden kann (z. B. mit einem Schlüssel ein Schloss geöffnet werden kann). So ist es vorstellbar, dass bei der Kopplung von Systemen einige Schlüssel passen, andere hingegen nicht. Interaktion findet statt, wenn Systeme zusammentreffen und dabei wechselseitig strukturelle Veränderungen auslösen. Offen bleibt, was und welcher Impuls diese Interaktion auslöst und welche Folgen dies für ein nicht-triviales System hat. Unter einem nicht-trivialen System¹ (Lebewesen) wird in diesem Kontext Folgendes verstanden: Nicht-triviale Systeme sind analytisch unbestimmbar, vergangenheitsabhängig und unvorhersagbar. Da der innere Zustand mit dem Operator gekoppelt ist, ändert sich nach jedem Arbeitsgang sein Programm, es folgt auf den gleichen Input ein anderer Output. Lebende Systeme zeichnen sich durch Autonomie und Eigengesetzlichkeit aus² (vgl. Simon 2006). Sie sind auf Sinn basierende und Sinn konstituierende Systeme, die zirkulär operieren. Die wesentlichen Prozesse, welche die Dynamik und das Verhalten der Systeme bestimmen, laufen im Inneren des Systems und aufgrund der eigenen autonomen Steuerungslogik ab. Dieser Prozess wird als „operative Geschlossenheit“ bezeichnet. Aufgrund dessen kann sich das System selektiv gegenüber seiner Umwelt öffnen und durch strukturelle Kopplung einen Bezug herstellen. Das Innere des Systems bildet spezifische, kognitive, semantische und soziale Strukturen, die in ihrem Zusammenspiel bestimmen, welche Kommunikationen, Handlungen, Erwartungen und Entscheidungen als relevant betrachtet und gewählt werden. In solchen Systemen gibt es eine nicht überschaubare potenzielle Komplexität. Durch ihre Nichtberechenbarkeit ist die Annahme einer kausalen Ursache, die zu einer berechenbaren Wirkung führt, unhaltbar.

Grundlegend sollten Helfer beachten, dass Menschen als nicht-triviale Systeme nur angestoßen, verstört werden können, aber nie direkt beeinflussbar sind. Dies bedeutet für die Helfer: Eine Person kann nur angestoßen werden, wir wissen nie, wie eine Intervention letztlich wirkt, müssen jedoch immer mit der Annahme von Wahrscheinlichkeiten operieren. Zudem lässt sich hieraus folgern, dass ein System immer die Anstöße aufnimmt, die „passen“, d. h. den Bedürfnissen und Erfahrungen entsprechen. Dies kann ein Medikament, eine ergotherapeutische Maßnahme, das Lauftraining, ein Hinweis eines Selbsthilfegruppenmitglieds oder eine verbale Intervention in einem Gespräch sein. Der Klient als nicht-triviales System entscheidet somit nach seinen inneren Vorgaben und seiner Geschichte, welche „Schlüssel passen“, welche Methode, welcher Helfer wirkt. Klienten als nicht-triviale Systeme suchen sich (wenn Wahlmöglichkeiten bestehen) entsprechend ihrer Bedürfnisse und Vorerfahrungen einen für sie passenden Helfer, das passende Setting oder/und die Interventionsmethode aus bzw. sie verrechnen die Anstöße des Helfers entsprechend. Geht ein Klient z. B. davon aus, dass nur Einzelgespräche helfen, wird er annehmen, dass Gruppenangebote nicht hilfreich sind. Damit sinkt bei aller Unberechenbarkeit die Wahrscheinlichkeit, nicht vom Besuch einer Gruppentherapie oder Selbsthilfegruppe zu profitieren. Geht er hingegen davon aus, dass ein „Selbstbetroffener“ ihn am besten verstehen kann, sind möglicherweise dessen Interventionen besonders wirksam und hilfreich. Diese Annahme wird durch die Erkenntnis gestützt, nach denen die Erwartungen des Klienten einen bedeutsamen Wirkfaktor ausmachen (vgl. Beushausen 2014). Im Vordergrund steht für den Klienten das Angebot, das kompetente Hilfe erwarten lässt. Eine Voraussetzung dafür, dass Klienten probieren können, was für sie hilfreich ist, ist jedoch ein entsprechendes Angebot. In der Praxis kann dies beispielsweise bedeuten, dass mit einem Klienten zu Beratungsbeginn eine Vereinbarung getroffen wird, verschiedene Formen der Unterstützung und Förderung mindestens einen Monat lang auszuprobieren.

¹ Triviale Systeme (z. B. Maschinen) sind hingegen analytisch bestimmbar, vergangenheitsunabhängig und vorhersagbar. Sie reagieren immer auf die gleiche Art, d. h. wir wissen, was wir erwarten können, und sind für den Beobachter durchschaubar und steuerbar.

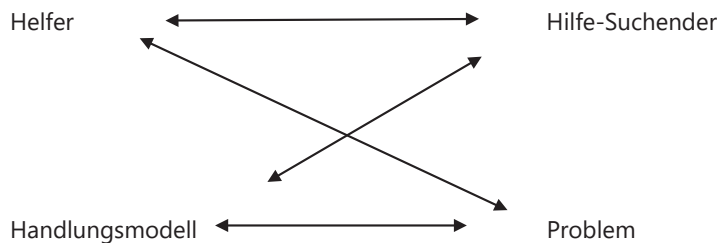
² Alle Systeme sind „strukturell gekoppelt“. Sie beeinflussen sich gegenseitig, so wird über Kommunikation das psychische und körperliche System gestört, ebenso wie die Psyche oder der Körper das soziale System beeinflussen.

Für den Helfer bedeutet dies: Es ist notwendig selbstkritisch einzuschätzen, wo man als Person und Institution wirksam und hilfreich sein kann, ob das Setting und die Methode „passen“ und, wo dies nicht der Fall ist, er besser fernab von Konkurrenzdenken verweisen sollte. Der Helfer muss z. B. wissen, wo er Experte ist, wo er Sachkenntnis hat, wo ein konfrontierender Gesprächsstil angemessen ist oder wie der Ausbau eines besseren sozialen Netzwerks zu fördern ist.³ Er sollte wissen, über welche Probleme er ausreichend Kenntnisse besitzt, in welches Verhalten und in welche Gefühle er sich einfühlen kann und wo er Nicht-Experte ist (s. Beushausen 2014).

Auf Passungsmodelle wird abschließend etwas differenzierter eingegangen:

Schmidt-Lellek beschreibt mögliche Zusammenhänge in seinem Modell der Ebenen der „Passung“:

Abb. Nr. 1: Ebenen der Passung nach Schmidt-Lellek (2006: 366)



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

Ergänzend werden in einer summarischen Auflistung weitere zu berücksichtigende Aspekte genannt:

- Passt die angewandte Form der Diagnostik?
- Sind sich der Klient und der Berater in ihren Persönlichkeiten und ihren Menschenbildern zu ähnlich oder zu unähnlich?
- Ist der passende Weg der Heilung und Förderung (vgl. Petzold) gewählt, wird in diesem Kontext die passende Interventionsform (z. B. Entspannungstraining, Psychotherapie, Ergotherapie, Prävention u. a.) empfohlen?
- Passen der formale Kontext und die zu betreuende Institution zusammen?
- Werden der soziale Kontext, die Milieufaktoren, Armut, Bildung, Kultur u. a. angemessen berücksichtigt?
- Sind die jeweiligen Klienten durch die Helfer und seinen Kontext erreichbar, sind z. B. Hausbesuche oder eine Onlineberatung zu überdenken?
- Passt der situative Kontext bzw. das Setting, ist eine Kurzzeitberatung, Psychoanalyse, Krisenintervention, Trennungsberatung etc. notwendig?
- Besteht eine Passung zwischen dem Alter, Geschlecht und den Lebenserfahrungen des Klienten und des Beraters? Besondere Passungsprobleme sind bei einer Antipathie zwischen Berater und Klient gegeben.
- Passt der Zeitpunkt für eine Hilfe oder sollte die Hilfe zu einem vereinbarten anderen Zeitpunkt einsetzen?
- Passt der Auftrag der Institution zu den Zielen und Anliegen des Klienten?
- Besteht ein erfüllbares oder ein unerfüllbares Anliegen?
- Sind ausreichende und passende Ressourcen (zeitliches Budget, Ausstattung etc.) vorhanden?
- Sind aufdeckende oder unterstützende Methoden angemessen?
- Wird die passende Ebene der Tiefung berücksichtigt?
- Wird angemessen problem- oder/und lösungszentriert, defizit- und/oder ressourcenorientiert gearbeitet?

All diese Passungsprobleme sind im Einzelfall zu bedenken. Schmid (2011) verdichtet die Passungsprobleme in seiner Definition einer professionellen Kompetenz in einer einfachen Formel⁴, die abschließend zitiert werden soll. Er definiert:

Professionelle Kompetenz = Rollenkompetenz x Kontextkompetenz x Passung

Die Wirksamkeit unterstützender, beratender und therapeutischer Interventionen ist davon abhängig, inwieweit verschiedene Faktoren, die für den Hilfeprozess bedeutsam sind, zueinander „passen“. Die wichtigsten beeinflussenden Faktoren sind die Persönlichkeit des Helfers, die Persönlichkeit und die soziale Situation des Klienten, das Handlungsmodell bzw. Beratungskonzept und die dazugehörigen jeweiligen Probleme. Für die psychosoziale Praxis bedeutet dies: Entscheidend ist neben der Person des Beraters die Passung von Methode, Konzept, Setting und Intervention. Im Mittelpunkt steht die passende Wahl der jeweiligen Helfergruppe. Die Auswahl der geeigneten Interventionen berücksichtigt Kriterien von Wirksamkeit, ethische Aspekte und die

³ Ein weiterer bedeutsamer Faktor, dies zeigt die Wirkungsforschung, ist ein Engagement, ein ganzheitliches Interesse an dem Menschen (vgl. Müller-Kohlenberg 1996) und der Beziehung zu ihm. Helfer sollten zudem wissen, wie bedeutsam die Einflüsse des Klienten, seine Motivation und sein sozialer Kontext zum Erreichen der Ziele sind.

⁴ In Bezug auf Metaphern des Theaters meint Kompetenz, dass man seine Rolle beherrscht und sich mit den Rolleninszenierungen und Bühnen auskennt (Kontextkompetenz).

Interessen des Beraters und seiner Institution. Um Nebenwirkungen und Schäden präventiv zu vermeiden ist selbstreflektorisches zu fokussieren, ob eine ausreichende „Passung“ gegeben ist.

Literatur

- Beushausen, J. (2014): Sind Laienhelfer, Berater und Therapeuten gleich wirksam? Anmerkungen zu einer bedeutsamen und ungeklärten Frage. Veröffentlicht am 12.12.2014 in socialnet Materialien. Unter: <http://www.socialnet.de/materialien/205.php>. und am 04.02.2015 unter: <http://systemmagazin.com/sind-laienhelfer-berater-und-therapeuten-gleich-wirksam-anmerkungen-zu-einer-bedeutsamen-und-ungeklaerten-frage/>
- Luhmann, N. (1997): Die Gesellschaft der Gesellschaft. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Maturana, H. R./Varela, F. L. (1987): Der Baum der Erkenntnis. Goldmann, Bern.
- Müller-Kohlenberg, H. (1996): Laienkompetenz im psychosozialen Bereich. Beratung – Erziehung – Therapie. Leske u. Budrich, Opladen.
- Schmid, Bernd (2011): Milieu – ein wenig beachteter Faktor im Coaching. Unter: www.systemischeprofessionalitaet.de/isb-web/component/option,com_docman/task,doc_view/gid,1366/m [Zugriff am 14.11.2015].
- Schmidt-Lellek, C.-J. (2006): Ressourcen der helfenden Beziehung. Modelle dialogischer Praxis und ihre Deformationen. O. V. Bergisch Gladbach.
- Simon, F.B. (2006): Einführung in Systemtheorie und Konstruktivismus. Carl-Auer kompakt, Heidelberg.

10. Interventionstechniken

Interventionen sind Maßnahmen zur Strukturierung einer Situation im Sinne vorgegebener Zielsetzungen.

Begriff:	Erklärung:	Beispiel:
Abschiedsrituale	Abschiedsbriefe oder andere Rituale bieten die Möglichkeit, Erlebtes „abzuschließen“. Verantwortung kann mithilfe von Symbolen zurückgegeben werden. Über die Form des Abschieds der aktuellen Beratung sollte bereits frühzeitig gesprochen werden.	In einem Abschiedsbrief an beispielhaft eine frühere Partnerin könnte geschrieben werden, wofür man sich bedankt, was vermisst wurde, was heute noch weh tut, wie man sich den Kontakt in der Zukunft vorstellt und in dem deutlich wird, dass das Vergangene vorbei ist.
Aktionsorientierte Methoden	S. u. und Kapitel im Buch (6.2 Der Einsatz kreativer Medien – Aktionsorientierte Beratung)	
Aufmerksam machen (Awareness)	Die Klienten werden vom Berater auf Gedanken, Verhaltensweisen und Gefühle aufmerksam gemacht, die sie nicht wichtig nehmen oder nicht bewusst erleben. Dies kann durch Konfrontation oder durch Nachfragen geschehen. Die Selbstbewusstheit (Awareness) kann durch Übungen verbessert werden. Der Berater weist auf Diskrepanzen, z. B. zwischen verbalem und nonverbalem Ausdruck, hin. Gehen Klienten über etwas hinweg oder deuten etwas, das wichtig sein könnte, nur an, wird dies seitens des Beraters fokussiert.	„Ihre Stimme hat sich gerade verändert, drückt dies etwas aus?“ „Sie haben Ihre Fäuste geballt“, „Sie haben sich nach vorne gebeugt, als Sie dies gerade erzählt haben“, „Sie haben aus dem Fenster geschaut...“ „Was fühlen Sie dabei, was denken Sie, wenn Sie dies erzählen?“ Der Berater wiederholt z. B. den letzten Satz, eine Bewegung, eine Haltung und fragt den Klienten, wie dies auf ihn wirkt: „Können Sie mal überprüfen, wie dieser Satz auf Sie wirkt?“ Beispielantwort: „Das war ja wieder mal typisch für mich, ich habe ja nie Glück.“ „Sie schildern eine ärgerliche Situation mit Ihrem Chef und lächeln dabei.“ Der Berater weist auf mögliche Lücken im Fühlen, Denken und Handeln hin: „Ich an Ihrer Stelle wäre in dieser Situation traurig gewesen und hätte mich ausgenutzt gefühlt.“ Oder: „Ich hatte erwartet, dass Sie wütend sind.“ „Sie haben Ihren Satz nicht beendet, wie könnte dieser zu Ende gehen?“ Klient: „Ich kann mich gar nicht mehr daran erinnern, was ich geantwortet habe.“ Berater: „Wenn Sie möchten, nehmen Sie sich doch die Zeit, sich die Situation genauer vorzustellen. Ihr Partner hatte gesagt, stell dich doch nicht so an, was für ein Gefühl hat dies bei Ihnen ausgelöst?“ Der Berater nimmt z. B. eine Träne wahr, spricht dies an und schlägt vor, die Traurigkeit zuzulassen.
Aushalten	Schweigen oder Emotionen zulassen	Häufig ist es sinnvoll, in die Sprechpausen des Klienten nicht einzugreifen, sondern zu warten und Stille aushalten zu können. Aufgabe des Beraters ist zu spüren, welche Bedeutung/Funktion die Pause für den Klienten haben könnte. Hierbei sind insbesondere die nonverbalen Signale des Klienten aufzunehmen.
Assoziieren	Verknüpfungen herstellen	„An was oder an wen erinnert Sie dies?“, „Woher kennen Sie dies?“, „Erinnert Sie das an etwas?“ Einen Satz beenden lassen, z. B. „Wenn Sie einen Wunsch frei hätten, dann ...“ Wortkette: z. B. weiß – Schnee – Schlitten fahren – gedrängt werden – Streit mit Freund – enttäuscht sein – weglaufen.
Bagatellisierungen (Umgang mit ...)	Verharmlosungen, Generalisierungen, Verzerrungen ansprechen („Da haben wir ein paar Bier getrunken.“)	Konfrontieren, den Satz wiederholen lassen
Differenzieren	Unterscheiden, voneinander trennen, Gliedern, Splitten, das Differenzieren von komplexen Sachverhalten in kleine überschaubare Einzelsegmente, auch als Komplexitätsreduktion. Neben der Reduzierung von Komplexität kann andererseits eine Erweiterung von Komplexität angebracht sein.	Dies kann im Gespräch erfolgen oder mithilfe verschiedener kreativer Medien. Weiterhin können z. B. Ziele zergliedert werden.

Biografiearbeit	Mithilfe vielfältiger Medien und Techniken werden die Lebensgeschichte bzw. einzelne Aspekte fokussiert. Ein Lebenspanorama kann z. B. auf einem großen Blatt Papier, z. B. einer Tapete, gemalt werden. Es sollte überlegt werden, ob die gesamte vergangene Lebenszeit und auch die Zukunft fokussiert werden sollen. Parallel können Linien wie die berufliche Situation, eine Krankheit oder andere eingefügt werden. Verwendung von Zielerreichungsbogen, Netzwerkkarten, VIP-Karten, Visualisierungsmethoden, Zeitstrahl, Wohngrundriss. Die Biographie kann chronologisch geschildert werden, prägende Ereignisse können ausgewählt werden.	Klienten bringen ihre Fotoalben mit und beschreiben und besprechen ihnen wichtige Bilder, Klienten bringen Erinnerungsstücke zum Gespräch mit. Die Lebensgeschichte wird ausgemalt, z. B. mit dem Symbol eines Flusses. Erstellen eines Genogramms. Eine Chronik der Familien-/Lebensereignisse wird erstellt. Eine Lebensfieberkurve kann gezeichnet werden (z. B. mit der Einteilung zufrieden – unzufrieden), zu den einzelnen Lebensjahren können Assoziationen gesammelt werden (diese werden vom Berater während einer Entspannungssequenz aufgeschrieben und erst im Anschluss gemeinsam besprochen.) Zeichnen einer Lebenslinie, in die wichtige Ereignisse in eine Zeitlinie eingetragen werden und wie sich die Person damals gefühlt hat. Durch die Benutzung bestimmter Farben kann verdeutlicht werden, wie damalige Ereignisse wirken. Ereignisse können mit einer Linie verbunden werden. Der Berater kann Begriffe vorgeben, zu denen Assoziationen genannt werden, z. B. Ereignisse (erste Liebe, erste Arbeitsstelle) oder Gefühle (Enttäuschung, Schmerz, Trennung, Trauer). Welche Situationen werden genannt? Wie fühlt sich dies im Hier und Jetzt an? Es können verschiedene „Filmszenen“ aufgerufen werden, z. B. zwei angenehme, glückliche, belastende, aufregende, konflikthafte Szenen in der letzten Woche, im letzten Jahr oder im gesamten Leben.
Doppeln	Der Berater (oder Gruppenmitglieder) stellen sich hinter den Klienten und sprechen stellvertretend dessen vermutete Empfindungen, Wahrnehmungen und Intentionen aus, um eine emotionale Tiefung zu erreichen oder abgewehrte Emotionen/Tabus anzusprechen. Der Berater kann bestimmte Inhalte, Gefühle oder Themenbereiche fokussieren, verstärken und/oder neue Hypothesen einbringen, der Klient kann das Gehörte aufnehmen oder abweisen.	„Manchmal bin ich ganz schön ärgerlich.“ „Eigentlich macht mich das ziemlich traurig.“
Erkenntnisse herausstellen und strukturieren	Erkenntnisse werden dem Klienten gespiegelt und konkret thematisiert. Bedeutungszusammenhänge werden herausgearbeitet, um durch das Herausstellen der neuen Erkenntnisse Lösungspotenziale zu erschließen. Das Gespräch wird strukturiert, aus Sicht des Beraters bedeutsame Gedanken und Emotionen werden fokussiert.	„Auch in dieser Situation taucht das Ihnen bereits bekannte Grundproblem wieder auf.“ „Inwieweit ist diese Erkenntnis hilfreich, um eine Lösung des Problem zu finden?“ „Ich schlage vor, dass Sie zu dem eben besprochenen Thema zurückkehren.“
Evozieren	Aufrufen von vergangenen Szenen oder unverarbeiteten Traumata, die den Lebensvollzug des Klienten beeinträchtigen und Entwicklungen verhindern. Der Berater muss sich dabei bewusst sein, welche Übertragungen und Emotionen er auslösen und wie er sie handhaben kann. Er muss die evozierende Kraft seiner Persönlichkeit kennen und einzusetzen wissen und ermessen, welcher Grad der Tiefung angemessen ist.	Dies kann beispielsweise mithilfe von Phantasie-reisen erfolgen oder es werden Bilder gemalt.
Externalisieren	Teile der Persönlichkeit werden von „außen“ betrachtet. Der Klient wird beispielhaft gebeten, dieses „Element“ außerhalb von ihm selbst im Raum zu positionieren. Dies kann mithilfe von Gegenständen (wie z. B. einem leeren Stuhl) erfolgen. Ein Gespräch mit diesen Anteilen kann sich anschließen. Nachfolgend kann eine weitere Außenposition eingenommen werden, indem aus dieser Perspektive auf das Problem und „sich selbst“ geschaut wird. Externalisiert werden können auch Introjekte, z. B. der Satz „ich kann mich das nicht, habe ich noch nie gemacht“.	Was würde Ihr innerer Arzt Ihnen raten? Was würde ein guter Freund hierzu meinen? Welche Bedürfnisse hat Ihr „Es“?

Facilitating (gezielte Verselbstständigung)	Der Klient muss sich um eigene Lösungsmöglichkeiten bemühen. Der Therapeut zielt darauf ab, dass der Klient seinen eigenen Prozess bestimmt und seine Arbeit selbst macht. Dazu muss der Therapeut Hilfe verweigern können = skillfull frustration (wirksame Frustration), eine Frustration, die bei richtiger Dosierung die Möglichkeit gibt, neue Erfahrungen zu sammeln.	Beispiel: im Rollenspiel eine Verhaltensweise üben
Fantasiearbeit – Imagination		Ziel ist, Informationen zu erhalten, die man allein durch Sprache schwerer erhält, zum Visualisieren von Beziehungen und Erlebnissen (Meta-Perspektive) oder zum Sichtbarmachen innerer Prozesse und Gefühle. Im anschließenden Gespräch werden Zusammenhänge zur aktuellen oder zur Lebensbiographie hergestellt. Diese Methode kann sehr aufdeckend und konfrontierend wirken.
„Fehlleistungen“	In Bezugnahme auf das Konzept von Sigmund Freud über die Fehlleistungen (Versprechen, Verhören, Vergessen, Verlegen...) werden diese angesprochen.	„Wenn dieser Versprecher nicht zufällig wäre, welche Bedeutung könnte dieser noch haben?“
Fokussieren	Etwa auf die Gegenwart oder auf Lösungen. Klienten, die immer wieder auf das Thema wechseln, werden beispielsweise auf das Leitthema zurückgeführt.	„Ich würde gerne mit Ihnen noch einmal über das eben angesprochene Thema sprechen ...“
Fragen	Geschlossene Fragen lassen dem Klienten wenig Spielraum, bieten jedoch möglicherweise als Selektionsfragen mehrere Möglichkeiten an. In der Regel entwickeln diese keine Eigendynamik. Offene Fragen können wichtige Impulse zur Entfaltung des Klienten geben. Lineare Fragen, mit denen harte Daten erhoben, Ereignisse geschildert und Hypothesen des Klienten erfragt werden. Fragen zur Möglichkeits- und Wirklichkeitskonstruktion: Im Kontext der Zeit werden Fragen zur Vergangenheit, Zukunft und Gegenwart gestellt, z. B. die hypothetische Vorwegnahme der Zukunft durch Was-wäre-wenn-Fragen. Skalierungsfragen: Hierdurch werden Unterschiede in der Einschätzung von Beziehungen und Ereignissen deutlich. Zirkuläre Fragen werden bei mehr als zwei Personen zur Perspektivenerweiterung angewandt und um Kommunikation zu ermöglichen. Was-noch-Frage: Häufig ist es sinnvoll, genauer nachzufragen.	„Das war schon eine seltsame Situation. Was genau war seltsam, was meinen Sie damit?“ Geschlossene Frage: „Haben Sie das Gefühl, Ihr Problem könnte mit Ihrer Situation zuhause zusammenhängen?“, „Haben Sie schon einmal darüber nachgedacht ...“, „Möchten Sie, dass ich Sie anrufe oder rufen Sie mich an?“ (was, wie, wann, wo, warum). Offene Fragen: „Was möchten Sie heute ansprechen?“, „Wobei kann ich Ihnen behilflich sein?“, „Was meinen Sie, könnte eine Ursache Ihres Problems sein?“ „Bitte benennen Sie auf einer Skala von 1-10, wie es Ihnen im Moment geht.“ Zirkuläre Fragen: „Was denken Sie, was Ihr Ärger für Ihren Mann bedeuten könnte?“, „Was meinen Sie, was Ihr Verhalten bei Ihrer Frau auslöst?“, „Was noch?“
Hier-und-Jetzt-Prinzip (als ein grundlegendes Prinzip der Integrativen Gestalttherapie)	Geschehen lassen, wirken lassen und handeln, (Abweichungen sind z. B. im Kontext einer Krisenintervention nötig). Eine wesentliche Dimension ist die des Gewahrseins des Augenblicks, in der eine Szene der andern folgt, ein Gefühl das nächste hervorruft. Vergangenes und Zukünftiges werden in die Gegenwart geholt und so erzählt, als wenn es gerade in diesem Augenblick erlebt wird. Vergessene Empfindungen, Gedanken oder Verhaltensweisen werden so eher wieder lebendig und im Hier und Jetzt erlebt. Oftmals führt diese Technik zu einer emotionalen Tiefung.	Der Klient berichtet von einer bedrückenden Erfahrung. Berater: „Stellen Sie sich bitte vor, dass Sie jetzt in dieser Szene sind. Was sehen Sie, was nehmen Sie wahr, können Sie dies genauer beschreiben, wie fühlen Sie sich, können Sie Ihre Wut zulassen?“
Hausaufgaben	Auch hier sind vielfältige Aufgaben möglich, z. B. bestimmte Verhaltensweisen wahrnehmen und protokollieren lassen. Es besteht auch die Möglichkeit, Veränderungen auf Probe anzubieten.	Berater: „Ich empfehle Ihnen, nur an ungeraden Tagen diese neue Verhaltensweise auszuprobieren.“ „Schreiben Sie bitte einem Brief an eine Ihnen wichtige Person.“
Hypothesen einbringen	Der Berater äußert eigene Fragen und Vermutungen zu den Aussagen oder zum Verhalten des Klienten und zu deren Bedeutung.	Hypothetische Fragen: „Was würde passieren, wenn ...?“

Ich-Botschaften erbitten	Der Klient wird gebeten, in einer Ich-nahen Sprache zu sprechen.	Klient: „Es ist langweilig.“ Berater: „Mögen Sie mal probieren, welcher der folgende Sätze stimmen könnte: Ich bin langweilig. Ich würde lieber etwas anderes tun. Ich will weg hier.“
Inklusions-Chart erstellen	Dieser dient der Planung der Intervention und der Einschätzung der Lebenslage des Klienten.	s. Pantuček
Inszenierungen	Zur Positions- bzw. Perspektiverweiterung, um Situationen und Lösungen zu erarbeiten.	Aufstellungen, leerer Stuhl u. a.
Identifikation	Meint, vorübergehend eine andere Rolle anzunehmen bzw. sich in der Vorstellung in etwas anderes hineinzusetzen. Gedanken und Handlungen sollen verdeutlicht werden. Für viele Klienten ist diese Technik zunächst ungewohnt. Typische Identifikationsmöglichkeiten sind Pflanzen, Tiere, Personen, Gegenstände, Vorbilder und insbesondere unterstützende Personen. Eingesetzt werden kann diese Technik auch im Umgang mit Widerständen (s. u.), wenn z. B. ein Klient äußert, er stehe vor einer Mauer und er aufgefordert wird, sich mit dieser Mauer zu identifizieren. Identifikation ist auch eine typische Technik im Rahmen der gestalttherapeutischen Bearbeitung von Träumen.	„Was könnte Ihnen die Bewegung Ihrer Füße jetzt sagen?“ Traumarbeit (indem die Rollen verschiedener Personen eingenommen werden): „Stellen Sie sich vor, Sie sind jetzt das Ungeheuer in Ihrem Traum. Was ist Ihre Absicht als Ungeheuer?“
Joining	Meint, sich verbinden, anschließen, ankoppeln, einen Zugang finden. Es bezeichnet den Prozess, in dem sich der Berater inhaltlich, emotional, verbal und nonverbal auf das Klientensystem einstimmt, um gut in Kontakt zu kommen, vom Klienten akzeptiert zu werden und zugleich eine Leitungsrolle für den Prozess zu übernehmen. In der Hypnotherapie nach Erickson schließt an das Joining das Pacing an. Hier passt sich der Berater an das Tempo und die Gewohnheiten des Klienten an, übernimmt im Leading selbst das Tempo und prägt die Spielregeln der Beratung.	Insbesondere zu Beginn des Gesprächs wird in die Interaktion eingeführt. Fragen können sein: „Haben Sie den Weg zu uns gut gefunden?“, „Was machen Sie beruflich?“, „Was macht Ihnen Spaß?“, „Welche Hobbys haben die Familienmitglieder?“ Eine Vorstellung des Beraters und der Institution kann sich daran anschließen.
Katalysieren	Der therapeutische Prozess wird beschleunigt nur durch „das Sein“. Die Atmosphäre der Art der Begegnung ist der Katalysator.	Der Berater schweigt, wartet ab oder macht vor einem Abschlusskommentar eine Pause.
Körper – Leib	Fokussiert wird auf leibliche Empfindungen, die der Klient mithilfe des Beraters erkundet. Diese Erkundung ist in vielfältiger Weise möglich, kann sich beziehen auf die Deutung von Mimik und Gestik, schließt die Analyse von Bewegung und das Ausprobieren von z. B. anderen Körperhaltungen ein.	„Nehmen Sie Ihr Körpergefühl intensiver wahr, lassen Sie es zu.“ Körperbild (Body Chart) als Umrissbild (bietet Struktur, Sicherheit, aber auch Eingrenzung) oder als freies Körperbild mit einem größeren projektiven Potenzial. Relationale Körperbilder, in denen der eigene Körper im Bezug zum Körper anderer dargestellt wird.
Kommentare	Kommentare sind insbesondere dazu da, um Positives mitzuteilen, bestimmtes Verhalten besonders hervorzuheben und andere Perspektiven einzuführen oder als Abschlussintervention.	Zum Abschluss eines Gesprächs (oder eventuell nach einer Pause) erhalten die Klienten einen Kommentar. Dieser sollte ressourcenorientierte Elemente beinhalten. Möglicherweise sollte der Klient gefragt werden, ob er einen Kommentar hören möchte.
Komplexes vereinfachen	Meint vielseitige und komplexe Konstellationen und Situationen in überschaubare und lösbare Anforderungen zu strukturieren und zu überführen. Dies ist besonders dann wichtig, wenn Klienten sehr komplexe Sachverhalte darstellen, in denen alles scheinbar zusammenhängt. (Wird hingegen vom Klienten ein Sachverhalt vereinfacht dargestellt, ist genauer nachzufragen und zu differenzieren.)	In einem Bild oder einem Symbol wird ein Eindruck zusammengefasst. Eine leere Schnapsflasche wird auf den Tisch im Beratungsraum gestellt.
Kontextualisierung	Das eigene Leben wird in den Kontext der Lebenswelten oder z. B. der Lebensphasen gestellt.	„Zeichnen Sie sich selbst in die Mitte eines Blatts und tragen Sie alle Menschen ein, die für Sie von Bedeutung sind. Zeichnen Sie Menschen, die Ihnen nahe sind, nah an ihr Symbol. Tragen Sie Ereignisse und Dinge ein, die Ihnen wichtig sind.“ Klassische Methoden sind z. B. die Genogrammarbeit oder das Koordinatensystem.

Konfrontation	Nebeneinanderstellen zweier Realitäten mit dem Ziel des Vergleichs und der Auseinandersetzung - keine feindselige Qualität.	„Sie äußerten eben, dass Sie seit drei Tagen keinen Alkohol mehr getrunken haben, ich nehme jedoch eine Alkoholfahne wahr.“
Konkretisieren, Spezifizieren	Verdeutlichen, veranschaulichen, detaillieren lassen.	„Was meinen Sie genau damit?“
Komplimentieren	Positives betonen, verstärken und zusammenfassen, zudem können hier die Ressourcen benannt werden.	„Ich habe den Eindruck, dass Sie sich als Mutter sehr für Ihre Kinder einsetzen.“ „Das war sehr mutig von dir.“ „Hier zeigt sich wieder mal eine Ihrer Stärken.“
Kreative Medien einbeziehen	Die Einbeziehung verschiedener Medien, z. B. Malen, Spielkarten, Bauklötze, Bilder von Kindern auf Postkarten, Musik, Bilderbücher, Tierfiguren, Naturmaterialien, Gedichte, Masken, Träume, Tanz und Bewegung, Bilderbücher, alte Familienfotos, ausgewählte Fotos aus Illustrierten, einen persönlichen Gegenstand mitbringen lassen u. a. Zu beachten ist, dass manche Medien, wie etwa Ton, häufig Regression auslösen können. Auch die Auswahl der Stifte kann eine emotionale Tiefung beeinflussen, Buntstifte wirken in der Regel nicht so tiefend wie Fingerfarben. Medien können insbesondere zum Einstieg in ein Einzel- oder Gruppengespräch genutzt werden. Medien können auch dazu genutzt werden, den eigenen Selbstwert zu bestimmen (Geldstücke, Geldscheine). Lebenspanorama/Panoramatechnik ermöglicht eine Überschau über das Leben oder von Einzelereignissen. Selbstbilder oder Selbstportraits Familienskulpturen in Ton oder mit Stühlen oder als Personenaufstellungen Darstellung des Netzwerks (s. u.) mit Konfliktfeldern und Ressourcenfeldern Innere Beistände und innere Feinde werden dargestellt Arbeit mit Fotos Wohnungsgrundriss Kleine Gegenstände als Symbole nutzen Das Medium Ton kann genutzt werden, indem ein Klient gebeten wird, eine Skulptur zu formen. Alternativ kann er während des Gesprächs ein Stück Ton in die Hand nehmen. Beobachtet wird, was „bewusst“ geformt wird. Später wird hierauf Bezug genommen.	„Malen Sie Ihre Familie als Tiere.“, „Stellen Sie sich vor, Sie sind eine Pflanze. Malen Sie diese Pflanze, wie ist sie geerdet, wie ist der Stamm, gibt es Früchte?“ „Welches dieser Geldstücke, die hier auf dem Tisch liegen, symbolisiert Ihr Selbstwertgefühl? Was müsste passieren, dass Sie sich für ein anderes Geldstück entscheiden?“ Der Klient wird gebeten, wichtige oder typische Fotos (bestimmte Personen oder Ereignisse des Familienlebens) mitzubringen. Der Wohnungsgrundriss, eventuell einschließlich vom Garten Boden, Keller wird auf einem Blatt Papier skizziert. Gefragt wird nach dem Familienmittelpunkt bzw. Rückzugsmöglichkeiten für die einzelnen Familienmitglieder. Wie ist der Kontakt geregelt, wer darf in welches Zimmer? Dem Klienten wird eine Reihe von Gegenständen zur Verfügung gestellt. Er wählt einen Gegenstand (oder mehrere für verschiedene Stimmungen) aus und verbindet diese mit seiner derzeitigen Situation. Möglich ist eine Identifizierung mit diesem Gegenstand, indem hierüber so berichtet wird als wäre er dieser Gegenstand. Diese Übung bietet sich auch als Einstiegsübung für Gruppen an. „Nehmen Sie bitte einen Klumpen Ton und formen Sie einen Gegenstand mit geschlossenen Augen.“ Das Medium Ton kann auch ohne eine genaue Anweisung während eines Gesprächs eingesetzt werden. In diesem Fall erhält der Klient ein Stück Ton, das Gespräch wird weitergeführt und möglicherweise wird reflektiert, was die Hände geformt haben.
Märchen	Märchen bieten zunächst diagnostisch die Möglichkeit, Konflikte und Traumata zu eruieren. Diese Methode wirkt oftmals sehr aufdeckend.	Der Klient soll sich im Kontext einer Entspannung selbst ein Märchen erzählen, sich hieraus eine Szene aussuchen und sich mit einer Person identifizieren. Diese Person wird ausführlich befragt.
Metaphern	Metaphern bestehen aus Begriffen, die einem anderen Bezugsrahmen entnommen sind. Diese bildhaften Erklärungen werden im Gespräch aufgenommen und thematisiert. Oftmals bringen sie Sachverhalte auf den Punkt, sprachlich sind sie aus dem Leben gegriffen. Metaphern können visualisiert, gezeichnet oder inszeniert werden, indem beispielsweise eine Mauer im Raum aufgebaut wird. Sie können auch zur Einleitung von Suchprozessen genutzt werden. Metaphern des Klienten können aufgenommen werden, der Berater kann jedoch auch selber welche vorgeben und anbieten. Beispiel: „Wenn Ihre Familie aus Tieren bestehen würde, welche Tiere fallen Ihnen für eine Kennzeichnung der Familienmitglieder ein?“ Typische Metaphern entstammen den folgenden Bereichen: Wegmetaphern (auf der Strecke geblieben sein, keinen Zugang zu jemand finden), Behältermetaphern (Fass ohne Boden, unter Druck sein), Raummetaphern (verloren vorkommen, eingeengt fühlen), Körpermetaphern (Brett vor dem Kopf, auf den Magen geschlagen).	Metaphern können auch installiert werden (z. B. zwischen den Stühlen sitzen). „Da hatte ich eine schwere Last zu tragen“ - dem Klienten wird real eine schwere Last gegeben. Er überlegt, was er hiermit tun will. Vorgeschlagen werden kann dem Klienten, sich mit der Metapher zu identifizieren. Beispiel: „Wenn Sie sagen, es stinkt Ihnen, welche Düfte sind enthalten? Wie wollen Sie hiermit umgehen?“

Netzwerkanalysen	Mithilfe verschiedener Medien wird das soziale Netzwerk dargestellt. Klassische Methoden sind das Beziehungsrad, Koordinatensystem, Netzwerkkarten, in die u. a. auch das Helfersystem einbezogen werden kann.	Genutzt werden können z. B. Geldstücke, Schachfiguren, Fensterblumen, Personen, Stühle, Bauklötze und andere Gegenstände.
Nonverbales Verhalten ansprechen	Der Berater spricht z. B. Veränderungen der Stimm- lage oder der Körperhaltung an. Zusammenhänge zwischen dem leiblichen Ausdruck und der psychosozialen Situation werden erörtert.	
Paradoxe Intervention	Es wird davon ausgegangen, dass in einem System ambivalente Bedürfnisse bestehen. Klienten könnten etwa äußern „Hilf mir, mich zu verändern“ und wollen sich gleichzeitig nicht ändern. Helfer sollten sich hier nicht einseitig auf die Seite der Veränderung begeben, sondern auch den Wunsch des Systems nach Nicht-Veränderung ernst nehmen. Das System wird durch den Hinweis auf die Nichtveränderung gestört, eventuell wird hierdurch eine neue Entwicklung möglich. Hierbei wird davon ausgegangen, dass auch die Nichtveränderung, das Beharren, das Behalten der Symptome im Kontext eines Gleichgewichts (Homöostase) Sinn macht, denn alle Prozesse und Zustände bilden eine Einheit und bedingen sich gegenseitig.	„Sie haben mich aufgesucht, damit sich in Ihrem Leben etwas ändert. Eine Veränderung wäre wichtig und gleichzeitig rate ich Ihnen ab, sich zu verändern. Behalten Sie Ihre Probleme und Symptome lieber noch eine Zeit bei, Veränderung erscheint mir gefährlich.“
Paraphrasieren	Der Berater hört aktiv zu, ist empathisch, wiederholt und umschreibt wichtige Gedanken und Gefühle. Gefühle können widergespiegelt und reflektiert werden. Es besteht hierbei die Gefahr einer zu starken Konfrontation und einer Überinterpretation.	Berater: „Sie erleben also, dass Ihre Bemühungen vergeblich waren.“
Polaritäten stellen	Polaritäten werden in den Raum gestellt, z. B. die Polarität, in einem System verstrickt vs. losgelöst zu sein. Verbindungen zu Partnerwahlen können bei diesem Beispiel hergestellt werden. Im Tetralemma werden die Gegenpositionen („entweder oder“) durch die Positionen des „weder noch“ und des „sowohl als auch“ ergänzt. Die in den Positionen enthaltenen Ambivalenzen werden erörtert.	Im Raum werden Positionen markiert, z. B. die Polaritäten verstrickt und losgelöst. Es wird die entsprechende Position eingenommen (in der Vergangenheit, der Gegenwart oder einer gewünschten Zukunft).
Psychoedukation	Im Rahmen einer Behandlung oder Beratung erhalten die Klienten und Mitglieder anderer Systeme (Familienmitglieder, Arbeitskollegen und andere) Informationen, die das Ziel verfolgen, Symptome zu mindern, soziale Kompetenz zu erweitern, Integration zu ermöglichen, Lebensqualität zu verbessern und dem Klienten helfen, Bewältigungsaufgaben in Zusammenhang mit der Problematik zu bewältigen. Hierzu gehören Aufklärung über die Krankheiten, Behandlungsmöglichkeiten, Förderung der Compliance oder Umgang mit Nebenwirkungen, z. B. von Medikamenten. Erörtert werden sollten auch Risiken und Nebenwirkungen einer psychosozialen Beratung und Therapie.	Vereinbarungen über gesünderes Verhalten können getroffen werden.
Rapport herstellen	Wahrnehmung und Wirklichkeit gegenüberstellen. Unterschiedliche Wahrnehmungen von Berater und Klienten sollen einander angenähert werden. An die Beschreibung der Wirklichkeit des Klienten schließt der Berater an, um neue Möglichkeiten zu erweitern und zu modifizieren.	Berater: „Denkbar wäre auch eine andere Einschätzung, wir könnten gemeinsam darüber nachdenken, ob ...“
Rationalisierungen ansprechen	Kognitive Interpretationen hinterfragen.	„Was denken Sie, wie lange behält der Satz, das war schon immer so, Gültigkeit?“
Reflexion und Zusammenfassung	Um die Bewusstheit zu fördern, werden immer wieder die Körperhaltung und anderes reflektiert und (gemeinsam) zusammengefasst, auch, um sich zu vergewissern und Missverständnisse zu reduzieren.	„Habe ich Sie insoweit richtig verstanden, dass ...“
Reframing	Umdeuten, in einen anderen Kontext stellen (hierbei jedoch ethisch verantwortlich handeln, d. h. Folter ist keine erweiterte Befragungstechnik!)	„Sie haben Ihren Sohn als faul beschrieben, ich denke, dass er verstanden hat, seine Energie für das einzusetzen, was ihm wichtig ist.“

Ressourcenorientiert intervenieren	Fokussiert werden innere oder äußere Selbst- oder Fremdressourcen.	„Welche Person könnte Sie unterstützen, dieses Ziel zu erreichen?“ „Welche Ihrer Fähigkeiten könnten Sie nutzen, um dieses Problem zu bewältigen?“
Rituale verschreiben	Etwa für eine Restrukturierung des familiären Alltags, der Intensivierung familiärer Beziehungen oder der Identitäts- und Selbstwert-Stärkung. Rituale können Sicherheit bieten.	Kochen, gemeinsame Mahlzeiten, vorlesen. In der Beratung können sich feste Rituale auf die Gestaltung von Pausen oder Abschlussrunden beziehen.
Rollenspiele	Typisch sind der Einsatz von Rollenspieltechniken des Psychodramas: Rollentausch, Spiegeln, Doppeln, die Einbeziehung eines leeren Stuhls. Der Klient wird hier gebeten, die Rolle mit einer anderen Person, einem Teil der eigenen Persönlichkeit, einem Körperteil o. a. zu tauschen. Klassischerweise wird hierzu ein leerer Stuhl genutzt, mit dem auch ein Dialog mit mehrfachem Rollentausch geführt werden kann. Ein Vorteil dieser Technik ist, dass wahrgenommen bzw. vermutet werden kann, was eine andere Person fühlt und denkt. Gespielt werden können Szenen aus der Lebensgeschichte, um auf diese Weise Atmosphären lebendiger werden zu lassen. Ebenso können zukünftige Situationen gespielt werden, um zu erfahren, wie man sich in diesen möglicherweise erleben und verhalten kann. Eigene Anteile des Klienten werden symbolisch auf einen oder mehrere Stühle gesetzt und Dia- oder Triologie geführt. Der Klient wird im Rollenwechsel aufgefordert, sich in andere Rollen hineinzusetzen und eine neue Perspektive einzunehmen.	Beispiel: Das Gespräch mit dem Vater. „Stellen Sie sich vor, Ihr Vater wäre hier im Raum und sitzt auf dem Stuhl gegenüber ...“ Der Rollentausch wird in einer Ich-Erzählung in der Position auf einem anderen Stuhl vorgenommen, anschließend reagiert der Klient im erneuten Rollentausch in der Rolle des Vaters. Stuhlarbeit: Stellvertretend für eine Person, mit der etwas zu klären ist, wird ein Stuhl in den Raum gestellt und mit diesem ein Dialog, in der Regel mithilfe eines mehrfachen Rollentauschs, geführt. Um z. B. Themen aufzurufen, wird ein leerer Stuhl vor den Klienten oder in die Gruppe gestellt und gefragt wer auf diesem Stuhl Platz nimmt. Es wird davon ausgegangen, dass, wenn Themen oder Personen in den Vordergrund rücken, diese in der Phantasie erscheinen und mit diesen gearbeitet werden kann. „Stellen Sie sich doch bitte einmal vor, was Ihnen eine gute Freundin raten würde.“, „Was würde Ihnen Ihr innerer Arzt empfehlen?“, „Bitte tauschen Sie einmal mit mir/Ihrem Berater den Platz und nehmen Sie wahr, wie es Ihnen dort geht und was Sie dem Klienten mitteilen und raten würden.“
„Selbst“ aktivieren	Erhöhung der Eigenbeteiligung des Klienten.	Etwa durch Hinterfragung der Motivation und der Veränderungszuversicht.
Skalierungen	Mithilfe dieser Rankings werden Bewertungen, z. B. in der Skala von 0 (nicht wichtig) bis 10 (extrem wichtig) vorgenommen. Beispielsweise können Klienten ihre Motivation oder ihre Zuversicht, ein Ziel zu erreichen, bestimmen.	„Auf einer Skala von null (nicht wichtig) bis zehn (extrem wichtig) bitte ich Sie einzuschätzen, wie Ihre Zuversicht ist, dieses von Ihnen genannte Ziel zu erreichen? Was können Sie tun, um diesen von Ihnen genannten Wert, der Ihre Zuversicht symbolisiert, zu erhöhen?“
Skulpturen stellen	Beispielsweise kann im Kontext einer Paartherapie das Paar als Skulptur oder als ein Denkmal dargestellt werden. Ein Klient kann seine Familie aufstellen. Hierbei könnte er jede Person kurz beschreiben und das Verhältnis zu ihr in einem Satz zusammenfassen. Im Anschluss kann die Beziehung in diesem System analysiert werden.	Alternativ kann ein Wunschzustand aufgestellt werden.
Spiegeln	Dem Klienten wird verdeutlicht, wie seine Verhaltensweisen von der Umwelt wahrgenommen werden. Indem ein Berater oder eine andere Person dieselbe Körperhaltung einnimmt, kann möglicherweise genauer vermutet werden, wie es dem Klienten geht. Dieser Eindruck wird gespiegelt/mitgeteilt.	„Ich finde, dass Sie sich in jeder Situation sehr angemessen verhalten haben, frage mich jedoch, wo Ihre Wut blieb.“

Sprache (s. a. Fragen)	Sprache dient als Steuerungselement, dies beinhaltet ein aktives Zuhören, Spiegeln („Sie sind sehr wütend“). Ankoppeln meint den Anschluss an die subjektiven Wirklichkeiten und Lebenswelten des Klienten. Zustimmende Sprache bezieht sich auf die emotionale Befindlichkeit. Intentionale Sprache paralyisiert eine Sichtweise, die zwischen Verhalten und Absicht des Verhaltens unterscheidet, um an gesellschaftlich unübliches Verhalten und an zu Grunde liegenden Absichten anzukoppeln. Umdeuten s. Reframing Hypothetische Sprache Unterschiedsbildende Sprache Zirkuläre Sprache Normalisierung, diese wird genutzt, um Phänomene als nicht pathologisch, sondern als normal darzustellen. Kommentierungen: Der Berater fasst seine Sichtweise zusammen, er macht beispielsweise Unterschiede zum Beginn des Gesprächs deutlich und zeigt auf, was bisher erreicht wurde. Präsuppositionen: Hier werden Zustände, Ereignisse und Gegebenheiten hypothetisch so formuliert, dass ihr Zustandekommen als selbstverständlich angenommen wird. Integrationssätze werden oftmals zum Abschluss eines Gesprächs eingesetzt, um beispielsweise eine Situation symbolisch abzuschließen. Der Klient wird auf Widersprüchlichkeiten hingewiesen, auf Verallgemeinerungen (immer, nie, alle), Bagatellisierungen und Verschleierungen. Wenn ein Sachverhalt nur vage und unkonkret (es könnte sein, vielleicht, ich glaube) ausgedrückt wird, wird hierauf hingewiesen. Ebenso wird angesprochen, dass Verantwortlichkeiten nicht übernommen werden (Klienten sprechen von „es, man, wir“ statt von „ich“). Unkonkretes, weitschweifiges oder pausenloses Sprechen wird angesprochen, wenn dies auf Vermeidung hinweist.	„Sie wollen sich das nicht länger bieten lassen.“ „Sie glauben fest daran, dass Ihnen jemand schaden will.“ „Ich verstehe, dass Sie sich durchsetzen wollen, koste es, was es wolle.“ „Es ist ihm sehr wichtig, hier nicht zu verlieren.“ „Wie würde sich dieser Entschluss möglicherweise auswirken?“ „Was denken Sie, wer wird als Erster reagieren?“ „Was glauben Sie, wird eher wirksam sein?“ „Was glauben Sie, wie wird Ihr Ehemann auf diese Verhaltensänderung Ihres Sohnes reagieren?“ „Es ist gut vorstellbar, dass diese Umstellung (der neue Lehrer der Umzug die Trennung) verunsichert und es zu Krisen kommen kann.“ „Möchten Sie hören, wie ich diese Situation einschätze?“ „Sie haben im Gespräch sehr offen Ihre Situation dargestellt, sodass ich mir ein erstes Bild machen konnte.“ „Ich habe verstanden, dass es Ihnen sehr wichtig ist die Familie zusammenzuhalten und sich um alles zu kümmern, andererseits ist dies so belastend, dass Sie Ihre Interessen sehr zurückgestellt haben.“ „Zunächst möchte ich verstehen, was Sie seit der letzten Sitzung unternommen haben, damit es Ihnen besser geht?“ „Werden Sie bereits in der nächsten oder erst in der übernächsten Woche dieses Ziel erreicht haben?“ „Welchen hilfreichen Satz könnten Sie sich für die anstehende schwierige Situation merken?“ Klient: „Wie soll dies bloß weitergehen?“ Berater: „Was sind Ihre Katastrophenphantasien, welche Handlungsmöglichkeiten haben Sie?“ Der Klient redet ohne eine Pause. Berater: „Sie nehmen nicht wahr, dass ich Ihnen nicht mehr zuhören kann. Sie überschütten mich. Haben Sie diese Rückmeldung von anderen Menschen öfter erhalten?“
Stimulieren	Erleben, anregen oder Anreiz bieten, sich auf Situationen und Menschen einzulassen.	„Welcher Gegenstand hier im Raum könnte dies symbolisch ausdrücken?“ „Wenn Sie dies in einer Zeichnung symbolisch ausdrücken sollten, was würden Sie malen?“
Stützen/Verstärken	Vermitteln positiver Erfahrungen und verstärken erwünschter Verhaltensweisen.	
Symptomanalyse	s. Extrakapitel	„Angenommen, Sie wollen Ihr Symptom, die Ängste gezielt herbeiführen, wie würden Sie dies tun, in welche Situation müssen Sie sich bringen?“
Techniken der Familientherapie	s. andere Kapitel	Zeichnung der Familie in Kreisen, in Tieren, Familienbrett, Genogramm, Netzwerkarte etc.
Um Erklärungen bitten	Hypothesen werden eruiert.	„Ich möchte Sie bitten, mir Ihr momentanes Verhalten zu erklären“ „Ich möchte Sie bitten, mir zu erklären, wie es dazu gekommen ist.“
Unterbrechen von Handlungsketten	Um rigide und ritualisierte Handlungsmuster und Gedankenmuster umzustrukturieren.	Durch Nachfragen, Beispiele suchen, Konfrontieren etc.
Unterscheiden, ob eine Problem- oder Lösungszentrierung sinnvoll ist	Diese Unterscheidung kann hilfreich sein, um eine Verhaltensweise besser bewerten zu können. Beispiel: Die Vermittlung einer Haushaltshilfe für einen depressiv erkrankten Menschen kann im Rahmen einer Lösung hilfreich sein oder als ein Teil des Problems, hier einer Vermeidung, verstanden werden.	Unterschieden werden kann beispielsweise, wer Teil des Problems ist und wer von diesen Personen oder Institutionen zur Lösung beitragen könnte.

Umkehrung ins Gegenteil	In Bezug auf die Gestalttherapie wird davon ausgegangen, dass extreme Gefühle, Gedanken, Haltung und Verhaltensweisen nur die eine Seite einer Medaille sind. Es kann daher sinnvoll sein, die andere Seite anzusprechen. Möglicherweise wird deutlich, was vom Klienten vermieden wird.	Berater: „Sie haben von Ihrer berechtigten Wut ausführlich berichtet, können Sie noch ein anderes Gefühl wahrnehmen?“ Klient: „Ich fühle mich wie festgemauert.“ Berater: „Nehmen Sie mal einen Moment wahr, wie schrecklich das ist, wie fest Sie eingemauert sind, und probieren Sie nun in der Phantasie das Gegenteil aus.“
Veränderungsprozess	Veränderungsprozesse laufen in typischen Phasen. Diese sollten beachtet werden und mit dem Klienten thematisiert werden.	Vorgestellt wird hier ein idealtypischer Prozess in den Phasen: Absichtlichkeit, Abwehren, Bewusstmachen, Absichtsbildung, Vorbereitung, Abwägen der Vor- und Nachteile einer Veränderung, Entscheidung, Probehandlung, Handlung, Aufrechterhaltung, Zweifel, mögliche Vor- oder Rückfälle, Stabilisierung. Vor- und Nachteile einer Veränderung können auch in Form einer Vier-Felder-Tabelle thematisiert werden, indem jeweils die Vor- und Nachteile einer Veränderung eingetragen werden
Verstärken	Besonders, wenn Klienten unsicher sind, benötigen sie Unterstützung. Möglicherweise wird umgedeutet oder Bezug auf die Ressourcen genommen.	„Ich denke, es macht Sinn, sich über diesen Fehler im Moment nicht noch mehr Gedanken zu machen.“
VIP-Karte	Ermöglicht dem Berater, nach bestimmten Lebensereignissen zu fragen und die beteiligten Personen bzw. das soziale Umfeld und ggf. Ressourcen in den Blick zu nehmen. Wichtiger als die Zeichnung ist allerdings das an diese Methode anknüpfende bzw. durch diese Methode hervorgerufene Gespräch.	Innerhalb von vier Feldern, die so angeordnet werden, dass sie ein großes Quadrat ergeben und somit in der Mitte der Felder ein Kreuz entsteht, werden die einzelnen Personen oder Institutionen, die im Leben des Klienten eine Rolle spielen, angeordnet. Den Mittelpunkt bildet der Klient selbst. Je näher der Klient eine Person oder Institution an den Mittelpunkt setzt, umso wichtiger scheint diese ihm zu sein.
Widersprüche fokussieren	Widersprüche in der inhaltlichen Darstellung und zwischen verbalem und nonverbalem Verhalten, Zielen und den Verhaltensweisen, der Selbstwahrnehmung des Klienten und den Wahrnehmungen anderer Personen bzw. des Beraters werden angesprochen. Diese Widersprüche können vorsichtig thematisiert werden, manchmal ist der Klient auch deutlich hiermit zu konfrontieren.	„Sie sprachen eben von etwas, das sehr traurig ist, dabei lächelten Sie.“ „Ich überlege gerade, ob ein Widerspruch in Ihren Äußerungen ist?“ „Machen Sie sich da nicht selbst etwas vor?“
Widerstände wahrnehmen und hiermit kreativ umgehen	(s. Buchkapitel) Insgesamt sind Widerstände in der Regel nicht direkt anzugehen, sondern mit ihnen ist kreativ umzugehen. Widerstand kann sich in vielen Formen äußern: Zuspätkommen, Bagatellisieren, Leugnen Rationalisieren, Generalisieren, Vermeiden, Anpassung u. a. Eine Möglichkeit im Umgang mit dem Widerstand ist das Erzählen von Beispielen oder Geschichten.	Berater: „Hierzu fällt mir eine kleine Geschichte ein, die ich Ihnen erzählen möchte.“ „Kennen Sie das Märchen von ..., in dem ...“ „Eine Bekannte von mir erzählte neulich, dass ...“ „Ich weiß ja nicht, wie es Ihnen damit geht, ich würde jedoch den Wunsch haben, dass jemand nachvollzieht, wie es mir geht.“ „Wenn Sie jetzt etwas Abstand von dieser Situation (z. B. dem Zuspätkommen) hätten, wie würden Sie diese dann bewerten?“
Wunderfrage	Klienten werden eingeladen sich vorzustellen, ihr Problem sei bewältigt. Es wird davon ausgegangen, dass möglicherweise das intensive Nachdenken über eine Problembewältigung ein wichtiger Schritt zur Lösung sein kann. Die Wunderfrage ruft häufiger Widerstand hervor.	„Stellen Sie sich vor, heute Nacht, während Sie schlafen, geschieht ein Wunder und Ihr Problem ist gelöst und das Ziel, das Sie sich gesetzt haben, erreicht. Woran würden Sie erkennen, dass etwas anders ist? Wann würden Sie es bemerken und wie? Woran würden die anderen eine Verbesserung des Problems feststellen? Wer würde besonders überrascht sein von der Besserung des Problems? Wer würde eine Verbesserung des Problems nicht bemerken?“
Zeitstrahl	Mit Hilfe des Zeitstrahls wird die Entwicklungs-, Problem- und Lösungsgeschichte eines Klienten und somit seine Vergangenheit in zeitlichem Ablauf dokumentiert. Dies ermöglicht dem Klienten und seinem Berater, einen Überblick über die vergangene Zeit zu erlangen und mögliche Zusammenhänge zwischen den einzelnen Ereignissen zu erkennen.	In einer Variation kann der Klient in einer tranceartigen Entspannung Assoziationen zu verschiedenen Lebensaltern benennen. Auf einer Lebenslinie werden Ereignisse markiert. Das Leben kann symbolisch auf einem Seil abgeschrieben werden.
Zirkuläres Fragen	siehe auch Fragen	„Was meinen Sie, weshalb Ihr Bruder Sie hierher geschickt hat?“ „Was denken Sie, wie es Ihrem Mann bzgl. der Situation zu Hause geht?“

Zukunftsprojektion/Zukunftscheck	Möglich sind Fragen nach der Zukunft oder Fantasiereisen in die Zukunft, wo etwa mehrere mögliche Situationen durchgespielt werden.	„Was denken Sie, wie wird es Ihnen in drei Jahren gehen, wenn Sie diese Situation, wie besprochen, verändern? Wie wird es Ihnen gehen, wenn Sie versuchen, nichts zu verändern? Was wäre anders?“ Dem Klienten wird vorgeschlagen, eine Zeitreise in einer Zeitmaschine durchzuführen. Im Beratungsraum wird unterschieden zwischen einem Wirklichkeitsraum und einem Möglichkeitsraum. Diese werden jeweils erkundet.
----------------------------------	---	---