

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Soziale Arbeit

Psychotherapie und Beratung in der Sozialen Arbeit – zwischen Abgrenzung und Konvergenz

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 03. August 2020

Vorgelegt von: Frieda Mauruschat

██████████

██████████

██████████

██████████████████

██████████████████

██████████ Prüfer: Prof. Dr. Harald Ansen

Zweite Prüferin: Grit Lehmann

Inhaltsverzeichnis

TABELLENVERZEICHNIS	3
EINLEITUNG	5
1. PSYCHOTHERAPIE	7
1.1 PSYCHOTHERAPIEDEFINITION	8
1.2 RAHMENBEDINGUNGEN DER PSYCHOTHERAPIE	8
1.3 HEILUNG PSYCHISCHER STÖRUNGEN ALS ZIEL DER PSYCHOTHERAPIE	10
1.4 ABSTRAKTIONSEBENEN DER PSYCHOTHERAPIE	13
1.5 DAS MEDIZINISCHE METAMODELL	14
1.6 DARSTELLUNG THERAPEUTISCHER GRUNDAUSRICHTUNGEN UND THERAPIEVERFAHREN	15
1.6.1 PSYCHOANALYSE UND TIEFENPSYCHOLOGIE	15
1.6.2 VERHALTENSTHERAPIE	18
1.6.3 SYSTEMISCHE MODELLE	21
1.6.4 HUMANISTISCHE PSYCHOTHERAPIE	23
1.7 DIE THERAPIESCHULENÜBERGREIFENDE PERSPEKTIVE	26
1.7.1 DAS KONTEXTUELLE METAMODELL	27
1.7.2 WIRKPRINZIPIEN NACH KLAUS GRAWE	29
2. BERATUNG IN DER SOZIALEN ARBEIT	35
2.1 ALLGEMEINE DEFINITION VON BERATUNG IN DER SOZIALEN ARBEIT	35
2.2 ENTWICKLUNGSGESCHICHTE DER BERATUNG IN DER SOZIALEN ARBEIT	37
2.3 INSTITUTIONALISIERUNGS- UND FORMALISIERUNGSGRADE VON BERATUNG	49
2.4 ALLGEMEINE AUFGABEN UND ZIELE DER SOZIALEN ARBEIT	50
2.5 RAHMENBEDINGUNGEN DER BERATUNG IN DER SOZIALEN ARBEIT	52
2.6 THEORETISCHE FUNDIERUNG	53
2.6.1 DIE LEBENSWELTORIENTIERUNG NACH HANS THIERSCH	53
2.6.2 KONSEQUENZEN DER LEBENSWELTORIENTIERUNG FÜR DIE BERATUNG	56
2.7 BERATUNGSMETHODEN	60
2.7.1 BERATUNGSBEZIEHUNG	61
2.7.2 PERSONZENTRIERTE BERATUNG	62
2.7.3 SYSTEMISCHE BERATUNG	64
2.7.4 ALLGEMEINE INTERVENTIONSSTRATEGIEN IN DER BERATUNG	68
3. DER VERGLEICH	69
3.1 ANLASS UND GEGENSTAND	72
3.2 ZIELE	74
3.3 DER HILFEPROZESS: INTERVENTIONSPRINZIPIEN, -STRATEGIEN UND METHODEN	75
3.4 BEZUGSPUNKT UND SETTING	80
3.5 RAHMENBEDINGUNGEN UND GESELLSCHAFTLICHER ORT	82
3.6 WIRKUNG	83
4. SCHLUSSBETRACHTUNG	87
LITERATURVERZEICHNIS	91
EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	97

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Formalisierungsgrade der Beratung	49
Tabelle 2: Gegenüberstellung von Interventionsstrategien und Wirkprinzipien	77

*Ich stellte meinen Fuß in die Luft,
und sie trug.*

~ Hilde Domin

Einleitung

Die Abgrenzungsdiskussion von Psychotherapie und Beratung in der Sozialen Arbeit ist nach wie vor eine aktuelle; explizite Literatur neueren Datums gibt es zu diesem Thema allerdings wenig. Zwar setzen sich Autor*innen wie Hans Thiersch und Frank Nestmann bereits seit den 70er Jahren immer wieder dafür ein, dass die Beratung in der Sozialen Arbeit nicht als „kleine Therapie“ verstanden wird (vgl. Galuske 2013, 172), gleichzeitig wird aber auch immer wieder deutlich, dass eine Abgrenzung von Psychotherapie und Beratung in der Sozialen Arbeit schwierig ist und es zu Vermischungen kommt. Zum einen weil die Soziale Arbeit

„ihr methodisches Instrumentarium [...] transdisziplinär aus ihren wissenschaftlichen Bezugsdisziplinen und/oder auch aus speziellen psychologischen Beratungs- und Therapiekonzepten [entlehnt]“ (Schilling/Klus 2015, 184),

zum anderen weil Psychotherapie und Beratung, zumindest in ihrer institutionalisierten Form, von außen betrachtet große Ähnlichkeiten haben. In beiden Hilfeformen findet ein Gespräch zwischen Hilfesuchenden und professionell Helfenden innerhalb eines geschützten Settings statt, in dem Schwierigkeiten bearbeitet und intime und schmerzhaft Themen berührt werden (vgl. Großmaß 2007, 89). Die Frage, inwiefern sich Psychotherapie und Beratung in der Sozialen Arbeit unterscheiden und in welchen Punkten sie sich gleichen, ist auf mehreren Ebenen relevant. Sie spielt etwa für die berufliche Identität von Sozialarbeiter*innen eine besondere Rolle. So zeigt die Autorin Maria Ohling in ihrer Untersuchung, dass die eigene Verortung von Praktiker*innen in den Bereichen der sozialarbeiterischen Beratung und der Psychotherapie aufgrund der (ungeklärten) Vermischung besonders schwierig ist (vgl. Ohling 2015, 9 ff.). Die Beschäftigung mit den theoretischen Hintergründen der Beratung in der Sozialen Arbeit ist für Berater*innen aber nicht nur bezüglich ihrer eigenen Haltung entscheidend, sie ist auch relevant für die Umsetzung der Beratung in der Praxis, für die Verfolgung der gesellschaftlichen Aufgabe von Beratung und ihrer gesellschaftlichen Position. So konstatieren manche Autoren kritisch, eine als kleine Therapie missverstandene Beratung sei nicht tragfähig genug, um den „lebenspraktischen Problemen, Handlungs- und Entscheidungskonkretionen“ der Klient*innen gerecht zu werden, da Klient*innen „in therapieverbrämten Formen der Beratung eine unfreiwillige Therapie erhalten und damit der Pathologisierung des Alltags Vorschub geleistet wird.“ (Dewe/ Schwarz 2013, 61). Dabei habe Beratung als Handlungsform (ich ergänze: als Methode) eine eigene Dignität (vgl. ebd.). Worin diese „eigene Dignität“ konkret besteht, möchte ich in dieser Arbeit herausarbeiten. Meine Forschungsfrage lautet daher:

Wie unterscheidet sich die Beratung in der Sozialen Arbeit von der Psychotherapie und in wo gibt es Überschneidungen und Gemeinsamkeiten?

Der Beantwortung dieser Frage nähere ich mich aus einer überwiegend theoretischen Perspektive; die Psychotherapie verstehe ich als Profession und die Beratung als Methode bzw. Handlungskonzept innerhalb der Disziplin/Profession Soziale Arbeit. Da Methoden von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen beeinflusst werden, sollen auch diese nicht völlig unbeachtet bleiben. Meine Arbeit ist in drei Oberkapitel aufgeteilt. Da die Beratung in der Sozialen Arbeit in ihrer Genese Anleihen bei psychotherapeutischen Verfahren gemacht hat, beginne ich im ersten Kapitel mit der Darstellung der Psychotherapie. Hier beginne ich zunächst mit einer schulenübergreifenden Psychotherapiedefinition (Kapitel 1.1) sowie dem Krankheitsdiskurs (Kapitel 1.2) und den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, in die die Psychotherapie eingebunden ist. Zum Verständnis der psychotherapeutischen Vielfalt fahre ich mit der Darstellung der Abstraktionsebenen der Psychotherapie (Kapitel 1.4), dem medizinischen Metamodell (Kapitel 1.5) und der Darstellung vier wichtiger Psychotherapieverfahren fort (Kapitel 1.6). Die anschließende Erläuterung des kontextuellen Metamodells (Kapitel 1.7.1) und der allgemeinen Wirkprinzipien der Psychotherapie nach Klaus Grawe (Kapitel 2.7.2) zur therapieschulenübergreifenden Perspektive, führt mich auf das Gemeinsame in der Psychotherapie zurück. Das zweite Oberkapitel widmet sich der Beratung in der Sozialen Arbeit. Auch die Beratung ist vielfältig, daher zunächst eine gemeinsame Definition von Beratung in der Sozialen Arbeit formuliert (Kapitel 2.1), welche die verschiedenen Verständnismöglichkeiten von Beratung (soziale Beratung, psychosoziale Beratung, sozialpädagogische Beratung) zusammenführt. Es folgt ein Unterkapitel zur Entwicklungsgeschichte der Beratung in der Sozialen Arbeit (Kapitel 2.2), welches die Genese der Beratung in ihrer disziplinären Verortung in der Sozialen Arbeit (damals Fürsorge, später Sozialpädagogik) und ihre Bezugnahmen auf psychotherapeutische Verfahren darstellt. Ergebnis aktueller Forschung und wichtig für diese Arbeit ist das Modell der unterschiedlichen Institutionalisierungs- und Formalisierungsgrade der Beratung, welches in Kapitel 2.3 dargestellt wird. Zur Verortung von Beratung in der Sozialen Arbeit gehört nicht nur die historische Betrachtung, sondern auch die Darstellung der Beratung vor dem Hintergrund allgemeiner Aufgaben und Ziele der Sozialen Arbeit (Kapitel 2.4). Daran anknüpfend folgt eine Erläuterung der finanziellen, rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen (Kapitel 2.5). Da sich die Beratung nicht auf ein einheitliches Konzept bezieht, wird im Kapitel 2.6 eine der möglichen theoretischen Fundierungen der Beratung in der Sozialen Arbeit dargestellt. Ich ziehe hierbei das Konzept der Lebenswelt-

orientierung von Hans Thiersch heran. Es eignet sich aufgrund seiner andauernden Aktualität in der Sozialen Arbeit als Hintergrundfolie für die Beratung, wird bereits von anderen Autor*innen als solches exponiert und ist darüber hinaus vereinbar mit Beratungsmethoden wie der Personzentrierten Beratung oder der Systemischen Beratung. Letztere werden im Kapitel 2.7 gemeinsam mit der Beratungsbeziehung und den allgemeinen Interventionsformen der Beratung in der Sozialen Arbeit beschrieben.

Im letzten großen Kapitel (Kapitel 3) dieser Arbeit stelle ich Beratung und Psychotherapie einander gegenüber, auf der Suche nach Abgrenzung und Konvergenz, wie es der Titel dieser Arbeit bereits ankündigt. Für den Vergleich ergibt sich die Schwierigkeit, dass beide Hilfeformen schon „intern“ divers sind, also die Einigung auf etwas Gemeinsames, was sich vergleichen ließe, eine gewisse Reduktion der Vergleichsgegenstände voraussetzt. Außerdem befinden sich Beratung und Psychotherapie auf unterschiedlichen Ebenen, denn das eine ist Methode innerhalb einer Disziplin/Profession, das andere ist Disziplin/Profession selbst. Um diesem Ungleichgewicht gerecht zu werden, habe ich meinen Vergleich in sechs Vergleichsvariable strukturiert, die ich in Anlehnung an das erweiterte Methodenverständnis von Galuske identifiziert habe. Das erweiterte Methodenverständnis von Galuske hat nämlich eine große Nähe zur Konzeptebene und eignet sich auch, Rahmenbedingungen und theoretische Grundannahmen zu reflektieren. Meine Arbeit endet mit einer Schlussbetrachtung (Kapitel 4), in der ich meine Erkenntnisse zusammenfasse, unbeachtete oder wenig erforschte Aspekte benenne und für ein klares Profil der Beratung in der Sozialen Arbeit plädiere.

1. Psychotherapie

Auf der Suche nach dem „validen Kern“ der Psychotherapie wird schnell deutlich: Psychotherapie ist kein homogener Gegenstand, über den sich Gesellschaft, Wissenschaftler*innen und Praktiker*innen einig sind. Dies ist vor allem dem Umstand geschuldet, dass sich das Feld der Psychotherapie durch eine Vielzahl an unterschiedlichen Verfahren und Psychotherapieschulen auszeichnet, deren Paradigmen zum Teil Modifikationen voneinander, zum Teil heftig widerstreitende Konkurrenten sind. Je nach Zählart berichtet die Literatur von 250 bis 500 verschiedene psychotherapeutische Ansätze oder Orientierungen (vgl. bspw. Kritz 2001, o. S.; Lutz 2010, 27, 30; Wampold/Imel/Flückiger 2018, 75). Hinzu kommt, dass eine reine Gegenstandsdefinition nicht ausreicht, um die Psychotherapie im Allgemeinen zu erfassen. Sie ist immer eingebettet in äußere Rahmenbedingungen und wird von gesellschaftlichen Kräften geprägt, insbesondere von dem bestehenden Gesund-

heitssystem und der Wissenschaft (vgl. Slunecko 2009, 13). In diesem Kapitel werde ich die Psychotherapie(n) einerseits in ihrer Unterschiedlichkeit, andererseits in der Gemeinsamkeit betrachten. Die Perspektive der Differenz ist zwar für die Vergleichbarkeit mit der Beratung in der Sozialen Arbeit hinderlich, hat aber ihre Berechtigung, denn die Differenz ist durch die verschiedenen Therapieschulen und das Medizinischen Metamodell (siehe Kapitel 1.5 und 1.6) in unserem Gesundheitssystem, der Wissenschaft und der historischen Entwicklung der Psychotherapie, Realität. Die Perspektive der Gemeinsamkeit (Kontextuelles Metamodell, allgemeine Wirkfaktoren; siehe Kapitel 1.7) ist in diesen Bereichen weniger verbreitet, sie ermöglicht aber, neben ihrem Wert für zukünftige Forschung und Entwicklung, einen besseren Vergleich mit der Beratung in der Sozialen Arbeit.

1.1 Psychotherapiedefinition

Gemäß der Vielfältigkeit der Psychotherapie sind auch Psychotherapiedefinitionen reich an der Zahl. Eine vielzitierte Definition stammt von Hans Strotzka. Ihm zufolge ist Psychotherapie

„ein bewusster und geplanter interaktionaler Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen [Patient*in], [Therapeut*in] und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig.“ (Strotzka 1969, zit. n. Wittchen/Hoyer 2011, 4)

Diese Psychotherapiedefinition wurde als Ausgangspunkt dieser Arbeit gewählt, da sie verfahrensübergreifend ist und sich mit den später dargestellten Metamodellen zur Psychotherapie vereinbaren lässt. Zudem steht sie in Bezug zu den Rahmenbedingungen der Psychotherapie in Deutschland, denn Strotzkas Definition wurde als Grundlage des Forschungsgutachtens gewählt, welches 1991 von der Bundesregierung in Auftrag gegeben wurde und als Vorbereitung des Psychotherapeutengesetzes diente (vgl. Wittchen/Hoyer 2011, 4).

1.2 Rahmenbedingungen der Psychotherapie

Wie bereits oben erwähnt, lässt sich Psychotherapie nicht separiert von den äußeren Rahmenbedingungen betrachten, innerhalb derer Psychotherapie diskutiert, entwickelt und praktiziert wird. Mit den Rahmenbedingungen ist der gesellschaftliche Kontext gemeint, in den die Psychotherapie eingebettet ist. Dieser bestimmt sich durch die Verbreitung bestimmter soziokultureller Normen und Werte, institutionelle und strukturelle

Bedingungen, wissenschaftliche Anerkennung von Verfahren, Psychotherapieforschung, Mechanismen zur Qualitätssicherung sowie Ausbildungs- und Prüfungsordnungen. Diese Aspekte sind mit den herrschenden gesetzlichen Regelungen eng verbunden oder werden von diesen definiert (vgl. Lutz 2010, 34f). Aus diesem Grund möchte ich im Folgenden auf die sozialrechtlichen Bestimmungen der Psychotherapie in Deutschland eingehen und damit verbunden auch ein Schlaglicht auf die Rolle der Wissenschaft werfen.

Die Psychotherapie ist heute ein wesentlicher Bestandteil unseres gesundheitlichen Versorgungssystems. In der Bundesrepublik Deutschland wurde im Jahre 1999 das Psychotherapeutengesetz erlassen und im Jahre 2019 reformiert, es regelt die sozialrechtlichen und berufsrechtlichen Rahmenbedingungen der Psychotherapie. Gemäß §1 Nr. 3 PsychThG ist die

„Ausübung von Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes [...] jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. [...] Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben.“

Zunächst werden in diesem Gesetzestext die „wissenschaftlich anerkannten Verfahren“ angesprochen. Im Sinne der Gesetzgebung ist die wissenschaftliche Anerkennung zwar keine Voraussetzung für Psychotherapieverfahren, um im Allgemeinen als Psychotherapie anerkannt oder erlaubt zu sein¹, sie ist aber eine Bedingung dafür, Psychotherapie gemäß einer Approbation nach dem PsychThG ausüben zu dürfen. Zudem übernehmen gesetzliche und private Krankenversicherungen nur Kosten für wissenschaftlich anerkannte Therapieverfahren. Die Anerkennung von psychotherapeutischen Behandlungen als Kassenleistung wird in den Psychotherapierichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen geregelt. Gemäß §15 der Psychotherapierichtlinie sind folgende Verfahren sozialrechtlich anerkannt:

- psychoanalytisch fundierten Verfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sowie Psychoanalyse)
- Verhaltenstherapie
- Systemische Therapie seit Januar 2020 (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2019, 12).

Die wissenschaftliche Anerkennung ist für die verschiedenen Therapieschulen in zweierlei Hinsicht von großer Bedeutung. Zum einen wird dadurch der Zugang zu öffentlichen

¹ Dies ergibt sich daraus, dass Heilpraktiker*innen nach dem Heilpraktikergesetz psychotherapeutisch tätig sein dürfen und die Psychotherapieverfahren in diesem Falle keiner wissenschaftlichen Anerkennung bedürfen. Heilpraktiker*innen erhalten allerdings keine Approbation, sondern lediglich eine behördliche Erlaubnis zur Ausübung ihrer Tätigkeit.

² Sigmund Freud beispielsweise, der Begründer der Psychoanalyse und Entwickler des ersten wis-

Mitteln eröffnet und damit auch die Weiterentwicklung der Therapieschulen gefördert; zum anderen beeinflusst die wissenschaftliche Anerkennung die eigene Verortung als Disziplin gegenüber anderen Gesundheits- und Sozialberufen. In Deutschland wird das Feld der Psychotherapie (noch) dominiert von Ärzt*innen und Psycholog*innen, es besteht (auch historisch²) eine Nähe zu den Wissenschaften Humanmedizin und Psychologie (Psychotherapie gilt u.a. als Teilbereich der klinischen Psychologie, vgl. Wittchen/Hoyer 2009, 4) und deren wissenschaftlichen Eigenlogiken. Dies bedeutet jedoch nicht, dass Psychotherapie selbst als Wissenschaft mit spezifischem Recht und Methodologie anerkannt ist. Dies ist Gegenstand einer kontrovers geführten Debatte (vgl. Slunecko 2009, 13), auf die an dieser Stelle nicht eingegangen werden kann, die aber mit der Reform des Psychotherapeutengesetzes 2019 und der damit verbundenen Möglichkeit eines Direktstudiums der Psychotherapie noch einmal Aufwind bekommen wird.

1.3 Heilung psychischer Störungen als Ziel der Psychotherapie

Die Definition aus dem Psychotherapeutengesetz bestimmt die Psychotherapie als eine „Tätigkeit zur Feststellung und Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert“ (siehe oben). Auch in der bereits angeführten allgemeinen Psychotherapiedefinition von Strotzka ist die „behandlungsbedürftige Verhaltensstörung“ oder der „behandlungsbedürftige Leidenszustand“ von zentraler Bedeutung. Damit bewegt sich die Psychotherapie in einem Krankheitsdiskurs ähnlich dem der Schulmedizin; diese unterscheidet ebenfalls zwischen „gesund“ und „krank“ und bietet anhand von Diagnosen bestimmte Therapien an. Zwar kann Psychotherapie im Allgemeinen über eine kurative Zielsetzung hinausgehen, zum Beispiel als Unterstützung von Persönlichkeitsentwicklung, Identitäts- und Selbstfindung, Verbesserung von Beziehungs- und Glücksfähigkeit oder allgemeiner Selbsterfahrung von „gesunden“ Menschen (vgl. Slunecko 2009, 12), allerdings werden diese Beweggründe für Psychotherapie im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes ausgeschlossen (siehe letzter Satz der oben genannten Definition). Slunecko bemerkt dazu:

„An letztgenannte Motive [Persönlichkeitsentwicklung, Emanzipation aus familiären, beruflichen oder gesellschaftlichen Machtverhältnissen, usw.] sind Sozialversicherungen und Krankenkassen schlecht anschlussfähig. Sie wollen in aller Regel Psychotherapie nur dann finanzieren, wenn eine ‚krankheitswertige Störung‘, etwas ‚Pathologisches‘, insbesondere eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vorliegt und von daher eine Indikation zur Psychotherapie gestellt ist. Gerade in einer Zeit, in welcher der Druck der Verplanung und funktionellen Einvernahme jedes Einzelnen ständig zunimmt, lassen sich für die

² Sigmund Freud beispielsweise, der Begründer der Psychoanalyse und Entwickler des ersten wissenschaftlich fundierten Psychotherapieverfahrens, stützte sich ganz auf das Paradigma der somatischen Medizin (vgl. Kriz 2001, 8; siehe auch Kapitel 1.6.1).

Zielsetzungen jenseits des Krankheitsdiskurses öffentliche Mittel kaum zur Verfügung stellen.“ (Slunecko 2009, 12)

Das heißt, Psychotherapeut*innen kommen, zumindest innerhalb einer kassenärztlichen Behandlung, nicht umhin, mit Diagnosen und Diagnosekriterien von psychischen Störungen zu arbeiten.

Da psychische Störungen ein sehr zentraler Ausgangspunkt für die Psychotherapie sind, stellt sich die Frage, wie psychische Störungen und ihre Diagnosen eigentlich gefasst werden. Das DSM-5 (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen Version 5) bewertet folgende Elemente für eine Definition psychischer Störungen als unverzichtbar:

„Eine psychische Störung ist als Syndrom definiert, welches durch klinisch bedeutsame Störungen in den Kognitionen, der Emotionsregulation oder des Verhaltens einer Person charakterisiert ist. Diese Störungen sind Ausdruck von dysfunktionalen psychologischen, biologischen oder entwicklungsbezogenen Prozessen, die psychischen und seelischen Funktionen zugrunde liegen. Psychische Störungen sind typischerweise verbunden mit bedeutsamem Leiden oder Behinderung hinsichtlich sozialer oder berufs-/ausbildungsbezogener und anderer wichtiger Aktivitäten. Eine normativ erwartete und kulturell anerkannte Reaktion auf übliche Stressoren oder Verlust, wie z.B. der Tod einer geliebten Person, sollte nicht als psychische Störung angesehen werden. Sozial abweichende Verhaltensweisen (z.B. politischer, religiöser oder sexueller Art) und Konflikte zwischen Individuum und Gesellschaft sind keine psychischen Störungen, es sei denn, der Abweichung oder dem Konflikt liegt eine der oben genannten Dysfunktionen zugrunde.“ (Falkai/Wittchen 2018, 26)

Hier wird deutlich, dass die Diagnose einer psychischen Störung zwei unterschiedliche Perspektiven beinhaltet. Zum einen wird die Verhaltensauffälligkeit benannt, welche die Außensicht desjenigen in den Vordergrund stellt, der das Verhalten als gestört (also normabweichend) diagnostiziert. Zum anderen werden (subjektive) Leidenszustände angesprochen, welche vor allem aus der Innenperspektive der Betroffenen empfunden und bewertet werden. Neben den Schlüsselbereichen des Verhaltens und des emotionalen Erlebens und Ausdrucks spielen auch Kognition (zum Beispiel Denken, Urteilsbildung, Lernen) sowie körperliche bzw. biopsychologische Phänomene für die menschlichen Funktionen, und in unserem Fall die Ausprägung von psychischen Störungen, eine Rolle (vgl. Wittchen/Hoyer 2011, 32).

In der klassifizierenden Diagnostik werden Symptome und Symptomkomplexe verschiedenen Diagnosen zugeordnet. Es handelt sich dabei jedoch nicht um statische Zuordnungen, denn psychische Störungen und ihre diagnostische Zuordnung sind Konstrukte der Wissenschaft und Praxis (insbesondere der Medizin und Psychologie), die nicht grundwissenschaftlich eindeutig und gleichbleibend definiert werden können. Sie stellen letztlich nur die Einigung von Forscher*innen und Praktiker*innen zu einem bestimmten Zeitpunkt dar und können im Laufe der Zeit aufgrund neuer Erkenntnisse oder

Bewertungen verändert werden (vgl. Wittchen/Hoyer 2009, 7 f.). Die Schwierigkeit, ein Verhalten oder Erleben als „psychisch gestört“ zu diagnostizieren, besteht in dem Krankheitsmodell oder Referenzsystem von „normal“ und „normabweichend“, welches der entsprechenden Bewertung des Verhaltens/Erlebens zu Grunde liegt. Zudem können die Grenzen zwischen diesen beiden Polen nicht trennscharf bestimmt werden, sie sind fließend. Diese Schwierigkeit ist Gegenstand kontroverser Diskussion innerhalb der Gesundheitswissenschaften und diagnosekritischer Debatten (vgl. Gerrig 2015, 550 f.). Zudem unterscheiden sich auch die verschiedenen Therapieschulen in den Grundannahmen über Krankheit/Gesundheit sowie über die Nützlichkeit von Diagnosen. Verhaltenstherapeutische Verfahren haben die störungsspezifische Perspektive der Psychotherapie von jeher vorangetrieben, während psychodynamische Verfahren dem sehr skeptisch gegenüberstanden und die Gefahr einer oberflächlichen Symptombehandlung postulierten (vgl. Grawe 1998, 157). Auch systemische Therapiemodelle sehen Diagnosen kritisch, da sie den Problemstatus manifestieren würden, anstatt Veränderungen anzustoßen (vgl. Stumm 2009, 39 f.).³

Für eine Behandlung, die von der Krankenkasse übernommen wird, ist eine Diagnose, unabhängig von der Haltung der therapeutischen Schule, aber unumgänglich. Derzeit werden psychische Störungen von zwei international gebräuchlichen Klassifikationssystemen definiert und eingeordnet, zum einen dem ICD-10 (International Classification of Diseases in der 10. Revision) sowie dem DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) mit den korrespondierenden Kodierungen des ICD. In Deutschland sind Ärzt*innen wie auch Psychotherapeut*innen verpflichtet, Diagnosen nach der Deutschen Fassung des ICD-10 (ICD-10-GM) zu stellen (vgl. Wittchen/Hoyer 2011, 41).

Nun da ich die Psychotherapiedefinition, die Rahmenbedingungen und den Krankheitsdiskurs der Psychotherapie (als etwas weitgehend Gemeinsames der wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren) dargestellt habe, wende ich mich der Diversität innerhalb der Psychotherapie zu. Zum besseren Verständnis des heterogenen Feldes der Psychotherapie möchte ich im Folgenden einige Rahmenmodelle zur

³ Bei aller Diagnosekritik, die nicht nur in einzelnen Therapieschulen sondern auch in der Sozialen Arbeit betrieben wird, möchte ich hier noch einmal die Leitidee der Diagnosestellung herausstellen. Die Diagnose einer psychischen Störung hat nur zur Aufgabe, Symptomkomplexe einer Person zu klassifizieren, sondern soll vor allem vor dem Hintergrund einer klinischen Nützlichkeit gestellt werden. Das heißt, sie soll ein Grundverständnis für die Erkrankung und für die (veränderbaren) Bedingungen, die Planung einer Therapie und eine Prognose für den wahrscheinlichen Behandlungsausgang ermöglichen (vgl. Falkai/Wittchen 2018, 26).

Psychotherapie darstellen. Die Einteilung der Psychotherapie in Abstraktionsebenen nach Goldfried (1980) sowie die Metamodelle nach Wampold (2001) sollen helfen, die unterschiedlichen Perspektiven auf die Psychotherapie herauszustellen und einzuordnen.

1.4 Abstraktionsebenen der Psychotherapie

Nach Goldfried (1980) lassen sich zur Strukturierung und Einordnung der unterschiedlichen Formen von Psychotherapie drei Abstraktionsebenen voneinander unterscheiden⁴: Die Abstraktionsebene des (1) **theoretischen Ansatzes** beschreibt die theoretische Orientierung der spezifischen Therapieschulen/Therapieverfahren mitsamt ihren Ursprüngen und jeweiligen Welt- und Menschenbildern. Dazu zählen auch die zugrundeliegenden psychologischen und philosophischen Grundannahmen darüber, wie und warum Menschen sich verhalten und verändern. Auf dieser Ebene herrscht wenig Konsens zwischen den Anhängern der verschiedenen therapeutischen Theorien (vgl. Lutz 2010, 29 f.; Wampold/Imel/Flückiger 2018, 74 ff.). Mehr Raum für „common ground“ bietet die zweite Abstraktionsebene, die der (2) **therapeutischen Strategien**. Goldfried nennt diese Ebene auch „Prinzipien der Veränderung“ („principles of change“) und meint damit klinische Heuristiken, vor deren Hintergrund therapeutische Entscheidungen getroffen werden (vgl. Goldfried 1980, 994). Auf der Ebene der therapeutischen Strategien lassen sich nach Goldfried verbindende Elemente zwischen den verschiedenen Therapieschulen finden. So benennt er die „korrektive Erfahrungen“ und „direktes Feedback“ als zwei zentrale Heuristiken, die über alle Therapieschulen hinweg Gültigkeit haben. Auch die Diskussion um gemeinsame Wirkfaktoren, Wirkprinzipien und integrative Ansätze lassen sich auf dieser Abstraktionsebene einsortieren (vgl. Lutz 2010, 29 f., Wampold/Imel/Flückiger 2018, 74 ff.). Im deutschsprachigen Raum ist hier besonders Klaus Grawe zu nennen, der im Rahmen seiner Arbeit schulenübergreifende Wirkprinzipien identifiziert sowie eine allgemeine Psychotherapie („Psychologische Therapie“) entwickelt hat und auf den ich in Kapitel 2.7 zurückkommen werde.

Die kleinste Abstraktionsebene nach Goldfried ist die der (3) **spezifischen psychotherapeutischen Techniken**, welche im Rahmen eines Therapieverfahrens gezielt eingesetzt und vom jeweiligen Therapiekonzept beschrieben werden. Die jeweiligen Therapieschulen gehen davon aus, dass in eben jenen spezifischen Techniken die Wirksamkeit der Therapieverfahrens begründet liegt. Daher stehen die Abstraktionsebenen

⁴ Die Abstraktionsebenen sind idealtypisch zu verstehen, tatsächlich sind sie nicht völlig unterschiedlich sondern durch „weiche“ Grenzen miteinander verbunden (vgl. Wampold/Imel/Flückiger 2018, 74).

des (1) theoretischen Ansatzes und der (3) Techniken miteinander in Beziehung (vgl. Lutz 2010, 29 f., Wampold/Imel/Flückiger 2018, 74 ff.).

Wampold fügt diesem Modell eine weitere, übergeordnete Abstraktionsebene hinzu; er nennt sie die Ebene der Meta-Theorien. Er konstatiert, es gebe mit dem **Medizinischen Metamodell** und seinem entwickelten **Kontextuellen Metamodell** zwei grundsätzlich unterschiedliche Verständnismöglichkeiten von Psychotherapie. Das Medizinische Metamodell wird im nächsten Kapitel dargestellt werden, es fokussiert die Differenzen zwischen den Psychotherapieschulen. Das Kontextuelle Metamodell wird im Zuge der Gemeinsamkeiten der Psychotherapie in Kapitel 1.7.1 aufgegriffen.

1.5 Das Medizinische Metamodell

Das Medizinische Metamodell geht, analog zu den oben beschriebenen Abstraktionsebenen, von einer klinischen Diagnose oder Beschwerde aus, die mit Hilfe einer psychologischen Theorie erklärt wird. Vor dem Hintergrund einer Theorie der therapeutischen Veränderung kommen spezifische therapeutische Techniken zum Einsatz, um die vorliegende Störung zu beheben. Dabei wird innerhalb des spezifischen bzw. medizinischen Therapieverständnisses die Abstraktionsebene der (3) Techniken betont. Das medizinische Modell geht davon aus, dass die theoriespezifischen Effekte oder Wirkfaktoren einer Therapie ausschlaggebender sind als die allgemeinen Wirkfaktoren (zum Beispiel die therapeutische Allianz zwischen Klient*in und Therapeut*in). Zwar erkennen die meisten Vertreter des medizinischen Modells die Wirksamkeit allgemeiner Wirkfaktoren und ihre Notwendigkeit für einen Behandlungserfolg an, dies allerdings nur auf der Ebene der absoluten Wirksamkeit. Das heißt, Psychotherapie sei, unabhängig von spezifischen Techniken, wirksamer als gar keine psychotherapeutische Behandlung. Gleichzeitig postuliert das Medizinische Metamodell auf der Ebene der relativen Wirksamkeit, dass einige spezifische Interventionstechniken, die vor dem Hintergrund einer eindeutigen spezifischen Störungstheorie zur präzisen Behandlung eines psychologischen Defizits eingesetzt werden, wirksamer seien als andere Interventionstechniken. Die Therapeuteneffekte werden im Rahmen einer evidenzbasierten Behandlung als klein eingeschätzt, ebenso würden auch Beziehungsfaktoren keine kritische Rolle spielen. Gleichzeitig würde die Wirksamkeit von spezifischen Verfahren bezogen auf spezifische Störungsbilder ab- oder zunehmen, je nachdem, ob innerhalb einer Therapie spezifische Techniken eliminiert oder hinzugefügt werden (vgl. Wampold/Imel/Flückiger 2018, 112 ff.).

Dieses Therapieverständnis hat eine lange Tradition und ist weit verbreitet, gerade auch in Bezug auf die Verortung der Psychotherapie innerhalb der Wissenschaft und des Gesundheitssystems der Bundesrepublik Deutschland. Aktuelle Beispiele sind etwa die Debatten um Behandlungsmanuale für spezifische Störungsgruppen oder die wissenschaftliche Anerkennung von Therapieverfahren (vgl. Lutz 2010, 31 f.). Da an dieser Stelle die Verschiedenartigkeit der Therapieschulen betont wird, möchte ich im Folgenden einige therapeutische Grundausrichtungen und dazugehörige Therapieverfahren skizzieren. Im Anschluss erläutere ich das noch ausstehende Kontextuelle Metamodell und wende mich damit wieder den Gemeinsamkeiten der Psychotherapie zu.

1.6 Darstellung therapeutischer Grundausrichtungen und Therapieverfahren

Die Darstellung psychotherapeutischer Grundausrichtungen und Verfahren, natürlich beschränkt auf eine kleine Auswahl, veranschaulicht die Paradigmenvielfalt innerhalb der Psychotherapie. Es stellt sich allerdings die Frage, welche der vielen Grundausrichtungen und Therapieverfahren hier zu Wort kommen sollen.

Nach Gerhard Stumm lassen sich vier therapeutische Grundausrichtungen unterscheiden: (1) aufdeckend-tiefenpsychologisch, (2) problem- und verhaltensorientiert, (3) systemisch-lösungsorientiert sowie (4) humanistisch-erlebnisorientiert (vgl. Stumm 2009, 36). Meine Auswahl der darzustellenden Therapieverfahren stütze ich auf diese Einteilung, um die verschiedenen „Geister der Psychotherapie“ einzufangen. Zudem lassen sich die im Sinne des Psychotherapeutengesetzes als wissenschaftlich anerkannte Therapieverfahren den ersten drei genannten therapeutischen Grundausrichtungen zuordnen. Die humanistische Grundausrichtung stelle ich der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und Psychoanalyse, Verhaltenstherapie und Systemischen Therapie erstgenannten zur Seite. Ihr fehlt zwar die Repräsentation innerhalb des Leistungskatalogs der deutschen Krankenkassen, dafür spielt sie aber eine große Rolle für die Beratung in der Sozialen Arbeit, repräsentiert von der Arbeit von Carl Rogers. Die Klientenzentrierte Gesprächsführung/Personzentrierte Beratung ist heute fester Bestandteil des Methodenkansons der Beratung in der Sozialen Arbeit (siehe auch Kapitel 2.7.2).

1.6.1 Psychoanalyse und Tiefenpsychologie

Die von Sigmund Freud Ende des 19. Jahrhunderts entwickelte Psychoanalyse markiert den Beginn der modernen Psychotherapie und nimmt in der Geschichte der meisten therapeutischen Orientierungen und Verfahren einen außerordentlich bedeutsamen Platz

ein⁵. Ehemalige Schüler und Mitstreiter Freuds, wie zum Beispiel Alfred Adler (Begründer der Individualpsychologie) oder Carl Gustav Jung (Begründer der Analytischen Psychologie), entwickelten in Auseinandersetzungen mit seinen Ideen sehr bald eigene theoretische Ansätze, so dass in der Folge innerhalb der Ströme der Psychoanalyse viele Ansätze nebeneinanderstehen, die sich zum Teil als Weiterentwicklung, zum Teil als Konkurrenz zu Freuds ursprünglicher Arbeit sehen. Die Bedeutung des Begriffs der Tiefenpsychologie musste sich daher geschichtlich wandeln, zunächst verstanden als Synonym für Psychoanalyse, wurde er später zu einem Oberbegriff für Psychoanalyse und den nachfolgenden psychodynamisch orientierten Schulen (vgl. Stumm 2009, 35 ff.). Im Hinblick auf meine begrenzten Möglichkeiten innerhalb dieser Arbeit, beschränke ich mich auf eine grobe Darstellung der Psychoanalyse nach Freud, wohl in dem Wissen, dass sie nur einen kleinen Teil der tiefenpsychologischen Strömung repräsentieren kann.

Freud war nicht der erste, der sich mit Psychotherapie beschäftigte, aber dass er seine Arbeit auf eine wissenschaftlich kohärente Theorie stützen konnte, war revolutionär (vgl. Stumm 2009, 36; List 2009, 85). Freud war Arzt und obgleich ihn auch die Philosophie und Literatur interessierten, entwickelte er seine Arbeit zur Psychoanalyse ganz im Paradigma der mechanistischen/somatischen Medizin und der Naturwissenschaften. Für seine Theorie bediente er sich bei den wissenschaftlichen Modellen der Hydrodynamik und Mechanik sowie der Neurophysiologie und hoffte bis zum Ende seines Schaffens auf eine Bestätigung seiner Theorien durch physiologische und biochemische Erkenntnisse. Gleichzeitig verhinderte sein Wunsch nach somatisch-physiologischer Reduktion aber nicht seine intensive und ganzheitliche Auseinandersetzung mit den menschlichen psychischen Prozessen (vgl. Kriz 2001, 8).

Freuds Leistung, die Psychotherapie in ein wissenschaftlich kohärentes Konzept zu rahmen, wird von der Komplexität des Begriffs der Psychoanalyse verdeutlicht. Nach Freud beinhaltet die Psychoanalyse mindestens drei abgrenzbare Bereiche. Erstens schuf Freud allgemeine psychologische Theorien zur Erklärung menschlichen Handelns und Erlebens. Dazu zählen unter anderem die von ihm entwickelte Trieblehre und Libido-Theorie, sein entwicklungspsychologisches Phasenmodell psychosexueller Entwicklung, sein persönlichkeits-theoretisches Strukturmodell der Psyche von ICH, ÜBER-ICH und ES sowie seine Neurosenlehre (vgl. Kriz 2001, 21). Revolutionär war vor allem seine wissenschaftliche Erfassung des „Unbewussten“, welches im Zentrum seiner Theorie steht

⁵ Sogar die Therapien der verhaltenstherapeutischen Strömung, die keineswegs in direkter Linie aus der Psychoanalyse entstanden, wurden in ihrer Entstehungsgeschichte stark von der Psychoanalyse geprägt (vgl. Kriz 2010, 10).

und von dem Freud annahm, es würde verdeckt auf die menschlichen Funktionen wirken. Die Annahme des Unbewussten ist ein theoretisches Element, welches bis heute als ein gemeinsamer Nenner der verschiedenen tiefenpsychologischen Verfahren betrachtet werden kann (vgl. Stumm 2009, 36; List 2009, 85).

Ein zweiter Bereich der Psychoanalyse nach Freud ist die Methode der Erforschung psychischer Prozesse. Hier spielt das Setting zwischen Analytiker*in und Patient*in eine entscheidende Rolle (vgl. Kriz 2001, 21). Beim klassischen Setting der Psychoanalyse nach Freud liegt der oder die Patient*in auf der Couch, der*die Analytiker*in sitzt außerhalb des Sichtfeldes der zu behandelnden Person. In dieser entspannten Haltung soll das Erinnern und Aussprechen unangenehmer Gefühle oder Gegebenheiten für den oder die Patient*in leichter fallen und die Entwicklung therapeutischer Prozesse gefördert werden. Die*der Psychoanalytiker*in ist angehalten, sich dem vorgebrachten Material, mit „gleichschwebender Aufmerksamkeit“ und nicht bewertend zuzuwenden. Innerhalb dieses Settings beinhaltet die Methode zur Erforschung psychischer Prozesse Techniken wie die freie Assoziation und Traumdeutung (vgl. Kriz 2001, 21, 35).

Das dritte Element der Psychoanalyse ist das Verfahren zur Heilung psychischer Störungen. Auch für diesen Aspekt ist das Setting zentral, ebenso wie Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene und die therapeutischen Instrumente. Zu ihnen zählen Widerstandsanalysen und Deutungstechniken, Konfrontationen, in denen der*die Patient*in auf das Verhalten oder auf Übertragungen aufmerksam gemacht wird, Klärungen und Durcharbeiten von spezifischen Themen und die Rekonstruktion von Lücken im vorgebrachten Material der Patient*innen (vgl. Kriz 2001, 21). Für den Kontakt zwischen Patient*in und Therapeut*in hält Freud die Abstinenzregel für den*die Therapeut*in für außerordentlich wichtig. Das heißt, der*die Therapeut*in verzichtet auf die Befriedigung eigener Bedürfnisse im Kontakt und auf wertende Stellungnahmen gegenüber dem*der Patient*in (zum Beispiel trösten, beraten, belehren, etc.). Die moderne Psychoanalyse und andere tiefenpsychologisch fundierte Therapieverfahren haben die Annahme, die Frustration libidinöser Triebe der Patient*innen würde diese aufdecken, allerdings verworfen. Heute gilt die stärkere Stützung des ICH-Anteils des*der Patient*in durch den*die Behandler*in als legitim (sogenannte „Nachsozialisation“), die Abstinenzregel hat daher an Bedeutung verloren (vgl. Kriz 2001, 34 f.).

Vor dem Hintergrund seiner Theorie des Strukturmodells der Psyche sowie seiner Methode zur Erforschung des Unbewussten fasst Freud seinen „Heilungsplan“ selbst wie folgt zusammen:

„Das Ich ist durch den inneren Konflikt [mit dem Es und dem Über-Ich] geschwächt, wir müssen ihm zur Hilfe kommen. [...] Der analytische Arzt und das geschwächte Ich des Kranken sollen, an die reale Außenwelt angelehnt, eine Partei bilden gegen die Feinde, die Triebansprüche des ES und die Gewissensansprüche des Über-Ichs. Wir schließen einen Vertrag miteinander. Das kranke Ich verspricht uns vollste Aufrichtigkeit, d.h. die Verfügung über allen Stoff, den ihm seine Selbstwahrnehmung liefert, wir sichern ihm strengste Diskretion zu und stellen unsere Erfahrung in der Deutung des vom Unbewußten [sic] beeinflussten Materials in seinen Dienst. Unser Wissen soll sein Unwissen gutmachen, soll seinem Ich Herrschaft über verlorene Bezirke des Seelenlebens wiedergeben. In diesem Vertrag besteht die analytische Situation.“ (Freud 1953, 41 f.).

Freuds Darstellung der Persönlichkeit des Menschen wirkt bisweilen, als würden die einzelnen Aspekte der menschlichen Psyche wie eigenständige, unabhängige Persönlichkeiten miteinander ringen. Freud selbst betont aber immer wieder die Wichtigkeit der ganzheitlichen Auseinandersetzung mit einer Person, keinesfalls dürfte in der therapeutischen Behandlung die Persönlichkeit der Patient*innen auseinandergebrochen werden. Zudem sah Freud den Menschen und dessen Konfliktgeschichte durchaus eingebettet in den soziokulturellen Kontext. Der Freudsche Begriff „psychisch“ entspricht zwar nicht dem aktuellen systemischen Verständnis, ist aber ganzheitlicher und in den sozialen Kontext eingebundener als oft angenommen (vgl. Kriz 2001, 27).

1.6.2 Verhaltenstherapie

Der Begriff der Verhaltenstherapie bezeichnet nicht einen einzelnen psychotherapeutischen Ansatz und seine Abkömmlinge. Vielmehr wird unter dem Begriff eine große heterogene Gruppe von Verfahren zusammengefasst, die bestimmte Grundkonzepte teilen, obwohl sie sich ansonsten inhaltlich sehr voneinander abheben können (vgl. Kriz 2001, 107).

Therapieformen der verhaltenstherapeutischen Grundausrichtung stehen in großer Nähe zur akademischen Psychologie. Ihr Wissenschaftsverständnis ist empirisch-positivistisch geprägt, ihre ursprünglichen Wurzeln reichen besonders in den Behaviorismus, in dessen Mittelpunkt beobachtbares Verhalten und dessen Veränderung unter kontrollierten Bedingungen steht. Auf die Grundlagenforschungen aus dem frühen 20. Jahrhundert von Iwan P. Pawlow (Bedingter Reflex/Klassische Konditionierung), Edward L. Thorndike (Effekt-Gesetz) und dem bereits genannten Behaviorismus von John B. Watson bauten Lerntheoretiker wie Clark L. Hull (Reiz-Reaktions-Schema und Verstärkungstheorie), Edward C. Tolmann (Latentes Lernen), Burrhus F. Skinner (Operante Konditionierung) und Edwin R. Guthrie (Kontiguitätstheorie) ihre Arbeit auf. Hierbei handelte es sich vorwiegend (mit Ausnahme von Skinner) um Grundlagenforschung zu Lernprozessen und nicht um die Entwicklung therapeutischer Konzepte. Daher entstanden verhaltenstherapeutische Techniken erst in den 1950er Jahren, die sich erst in den 1960er

Jahren fest etablieren konnten. Damit ist die Verhaltenstherapie um einiges jünger als der Konkurrent „Psychoanalyse“. Ausgehend von einer reinen Lernpsychologie, die den Zusammenhang von Reiz und Reaktion betrachtet, wurde die Verhaltenstherapie in ihrer Entwicklung mit weiteren Elementen ergänzt. In der sogenannten „kognitiven Wende“ wurden Erkenntnisse über Kognitionen, Motive und Emotionen in die Theorien der verhaltenstherapeutischen Verfahren integriert. Für diesen Prozess war unter anderem die Theorie des Lernens am Modell von Albert Bandura (1962) von Bedeutung (vgl. Stumm 2009, 37; Kriz 2001, 107 ff.).⁶ Zudem setzte sich mit der zunehmenden Emotionsforschung die Erkenntnis durch, dass sich das emotionale Erleben nicht ausschließlich durch die (kognitive) Bedeutungszuschreibung an eine unspezifische körperliche Grunderregung erklären lässt, sondern durch die Reaktion eines angeborenen menschlichen Systems von abgrenzbaren Grundemotionen zur Verhaltenssteuerung. Des Weiteren wurde die Bedeutung von (frühkindlicher) Bindung für das spätere emotionale Erleben und die Fähigkeit zur Emotionsregulation erkannt und die Bindungstheorie von John Bowlby in den Theorienkatalog der Verhaltenstherapien aufgenommen (vgl. Parfy 2009, 119 f.).

Die neueste Entwicklung der Verhaltenstherapie, auch als „dritte Welle“ der Verhaltenstherapie bekannt, beinhaltet die Öffnung für Achtsamkeitspraktiken und Akzeptanz (vgl. Heidenreich/Michalak 2013, 14). Bedeutend für diese Entwicklung sind vor allem Marsha Linehan und ihre dialektisch-behavioralen Therapie, die Arbeit von Jon Kabat-Zinn sowie Steven Hayes mit seiner Akzeptanz-und-Commitment-Therapie. Ziel der auf Achtsamkeit basierenden Elemente ist der Kontrollverzicht über Emotionen und Erlebnisoffenheit anstelle reiner Stimulus- und Selbstkontrolle (Parfy 2009, 121 f.). Neben der Dialektisch-Behavioralen Therapie und der Akzeptanz-und-Commitment-Therapie sind auch die Metakognitive Therapie, die Schematherapie und die Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) weitere Beispiele für die neuen Ansätze der Verhaltenstherapie seit den 1990er Jahren.

Die Grundprinzipien der verhaltenstherapeutischen Verfahren umfassen eine explizite Problemorientierung, Zielorientierung und Handlungsorientierung. Während tiefenpsychologisch fundierte Verfahren sich auf die angenommenen inneren Ursachen einer psychischen Störung konzentrieren, setzen verhaltenstherapeutische Verfahren meistens direkt am „Problemverhalten“ einer Person an. Das Problemverhalten gilt nicht

⁶Aufgrund der Integration von Theorien, die den Einfluss von Gedanken und Einstellungen auf Handlungen und Gefühle berücksichtigen, wird international heute meist von „Kognitiver Verhaltenstherapie“ gesprochen. Im deutschen Sprachraum wurde der Begriff Verhaltenstherapie jedoch als Sammelbegriff beibehalten, die Bezeichnungen „Kognitive Verhaltenstherapie“ und „Verhaltenstherapie“ werden oft synonym verwendet (vgl. Stumm 2009, 37; Kriz 2001, 107 ff.).

als Symptom einer tiefer liegenden Störung, sondern als die Störung selbst. Dabei geht die Verhaltenstherapie davon aus, dass „unangemessene“ Verhaltensweisen genauso erworben werden, wie „angemessene“, so dass sie auf ähnlichem Weg auch wieder „verlernt“ werden können. Durch Verhaltensmodifikationen, also durch das Erlernen neuer, funktionalerer Bewertungen und Verhaltensweisen, soll der*die Patient*in in die Lage versetzt werden, selbstverantwortlich und eigenständig innerhalb seines*ihres natürlichen Lebensumfeldes positive Erfahrungen zu machen (vgl. Gerrig 2015, 611). Eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung gilt dabei als Voraussetzung für den therapeutischen Prozess, damit der*die Patient*in Mut und Motivation zur Veränderung finden kann. Diese Beziehung wird durch die therapeutische Haltung bestimmt, dem*der Patient*in ein aufrichtiges Interesse an seiner*ihrer Person zu zeigen und ihm*ihr einfühlsam und akzeptierend zu begegnen (vgl. Parfy 2009, 123). Es ist eine Haltung

„[...] wie sie ursprünglich von Vertretern der klientenzentrierten Gesprächsführung herausgearbeitet wurde. Die konzentrierte Aufmerksamkeit, die der Therapeut dem Patienten zur Verfügung stellt, sowie die prompte und emotional stimmige Reaktion auf die ausgedrückten Schwierigkeiten des Gegenübers kann Beziehungsqualitäten aufkommen lassen, wie sie vielleicht aus guten Erfahrungen innerhalb früher Bindungsverhältnisse vertraut sind. Menschen, die durch aktuelle Krisen verunsichert sind, finden so eine ‚sichere Basis‘ vor, von der sie ausgehen können, um Bereiche oder Themen ihres Lebens zu erkunden, die sie bislang vermieden hatten.“ (Parfy 2009, 123).

Allerdings gilt diese therapeutische Beziehung/Bindung nicht als hinreichendes Mittel zur Kompetenzerweiterung der Patient*innen. Daher kommen innerhalb der Therapie verschiedenste Techniken zum Einsatz, welche ausdrücklich auch außerhalb des Therapiesettings angewendet werden sollen (beispielsweise in Form von Hausaufgaben), um Handlungskompetenzen zu erweitern, kognitive Situationsbewertungen oder emotionale Reaktionen zu verändern oder einen „gesünderen“ Umgang mit Emotionen zu erlernen. Techniken der verhaltenstherapeutischen Ausrichtung sind unter anderem Reizkonfrontation oder Expositionsbehandlung (vor allem bei Ängsten), Selbstmanagement, Training sozialer Kompetenzen (z.B. eigene Rechte in Anspruch nehmen und durchsetzen, Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse einbringen, Kompromiss- und Kritikfähigkeit, Kontakt zu Mitmenschen aufbauen und gestalten), Aufbau positiver Aktivitäten, Entspannungsverfahren und Genusstraining (vgl. Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e.V. 2020, o.S; Kriz 2001, 138). Trotz der Betonung der Ebene der Techniken, müssen sich Verhaltenstherapeut*innen um ein Gleichgewicht zwischen therapeutischen Vorgaben und Verzicht von direktiven Interventionen bemühen, denn das Menschenbild der Verhaltenstherapie sieht den Menschen als prinzipiell selbstbestimmt und autonom (vgl. Parfy 2009, 124).

Zum Schluss sei noch hervorgehoben, dass die Verhaltenstherapie historisch gesehen zwar starke Verbindungen zu den Lerntheorien hat, diese heute aber nicht mehr alleine ausschlaggebend für das Selbstbild der Verhaltenstherapie sind. Durch die Übernahme von kognitions- und emotionspsychologischen Erkenntnissen bis hin zu fernöstlichen Meditationspraktiken hat die Verhaltenstherapie ein hohes integratives Potential. So begegnet uns heute auch das „Unbewusste“ und Verdrängte in der Verhaltenstherapie, beispielsweise in der Behandlung von Traumata (vgl. Parfy 2009, 140 f.).

1.6.3 Systemische Modelle

Die Therapieverfahren, die sich unter dem systemischen Paradigma fassen lassen, fußen auf konstruktivistischen Wissenschafts- und Erkenntnistheorien und haben zum größten Teil ihren Ursprung in der Familientherapie. Diese entwickelte sich vor allem in den 1950er Jahren in der USA an mehreren Orten gleichzeitig und oft unabhängig voneinander. Einen eindeutigen Begründer der familientherapeutischen Bewegung lässt sich daher nicht ausmachen (vgl. Stumm 2009, 40; Rotthaus/DGSF 2020, o. S.). Die ersten Familientherapeut*innen entwickelten den systemischen Behandlungsansatz vor allem im Rahmen der Behandlung von Jugendlichen mit psychotischen Störungen. Dort fiel auf, wie sehr die Familien Einfluss auf die Krankheits- und Genesungsgeschichte der Betroffenen nehmen konnte, und dass anfängliche Verbesserungen des Krankheitsbildes der Betroffenen durch Handlungen der Familien „konterkariert“ wurden. Daher wurde die Familie der Behandelten zunehmend in den Blick genommen, allerdings zunächst im Rahmen des damals gängigen gradlinigen Ursache-Wirkungs-Modells. Die Annahme für die Ursache (die „Schuld“) für die Erkrankung des*der zu behandelnden Patient*in wurde auf die „krank machende“ Familie verschoben. Vor allem dank der Arbeit von Gregory Bateson und seiner Forschergruppe an der Stanford University in Palo Alto wurde diese Annahme von einer gradlinigen Kausalität bald verworfen. Bateson erkannte das Verhalten des*der Symptomträger*in und das der übrigen Mitglieder als sinnhaft und in sich schlüssig und betrachtete es vor dem Hintergrund der Annahme zirkulärer Rückkoppelungsprozesse. Die von ihm entwickelte Double-bind-Hypothese ermöglichte ein neues Verständnis für die Eigenschaften von Beziehungen, dynamischen Prozessen und Interdependenzen innerhalb von (Familien-)Systemen und der System-Umwelt-Beziehung. In den Konzepten moderner Systemtheorien, auf die systemische Therapien aufbauen, wird der Mensch jetzt als ein Wesen betrachtet, welches von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren gleichermaßen beeinflusst wird (vgl. Rotthaus/DGSF 2020, o. S.). Systemische Ansätze gehen daher nicht von einzelnen Patient*innen/Klient*innen aus,

sondern von einem zu behandelnden System, welches von einem*einer Symptomträger*in in seiner*ihrer Eigenart oder einem Problem stabilisiert wird.⁷ Ein verbindendes Element der systemischen Therapien ist die kritische Haltung gegenüber Diagnosen, da sie, anstatt Veränderungen anzustoßen, Schwierigkeiten und Probleme festschreiben und manifestieren würden. Zudem würden Diagnosen zu einer individualisierten Perspektive führen, die der systemischen Betrachtungsweise nicht entspricht (vgl. Stumm 2009, 40). Stattdessen werden psychische Krankheiten innerhalb der klinischen Theorien systemischer Ansätze als Störung der System-Umwelt-Passung definiert, wobei individuelle Symptome als Ergebnis von krankheitserzeugenden Beziehungs- und Kommunikationsmuster von (Familien)-Systemen verstanden werden (vgl. Rotthaus/DGSF 2020a, o. S.). Das Interventionsprinzip einer systemischen Therapie besteht daher darin, das (Familien-)System durch (minimale) Interventionen so zu irritieren, dass sich eingefahrene Interaktion- und Kommunikationsmustern verändern können (vgl. Stumm 2009, 40). Dies wird über einen öffnenden Dialog und das Einbringen einer Außenperspektive unterstützt oder durch Gesprächstechniken wie dem zirkulären Fragen. Auch kann der*die Therapeut*in entscheiden, gewisse „Spielzüge“ des Problemsystems nicht mitzuvollziehen, um eine Neuorganisation anzustoßen (vgl. Rotthaus/DGSF 2020, o. S.). Dabei geht es allerdings nicht um einen Versuch der Außensteuerung des Systems durch den*die Behandler*in, da von dem System als ein einzigartiges, autonomes Netzwerk mit Eigendynamik, Selbstorganisations- und Regulationskräften ausgegangen wird. Der*die Behandler*in ist nicht „Expert*in“ für „gesunde Strukturen“, der*die Schwierigkeiten diagnostiziert und löst, Zusammenhänge bereits im Vorfeld kennt und auf das Familiensystem überträgt. Vielmehr nehmen Behandler*innen die Rolle von Fragenden und Suchenden ein, die Interesse an der Perspektive der Mitglieder der Problemsystems haben und jede Sichtweise und Meinung respektierten (vgl. Rotthaus/DGSF 2020a, o. S.). Die Aufgabe des*der systemisch arbeitenden Therapeut*in ist

„die Blockade in der Entwicklungsdynamik aufzulösen und dem System die Möglichkeit zu eröffnen, sich selbst in einer Form neu zu strukturieren, die ein Leben mit deutlich geringerem oder aufgehobenem, individuellem oder kollektivem Leid möglich macht.“
(Rotthaus/DGSF 2020a, o. S.).

Um dieses Ziel zu erreichen, arbeiten systemische Therapien weniger einsichtsorientiert als lösungs-, ressourcen- und zukunftsorientiert (vgl. Stumm 2009, 40).

⁷ Wenngleich in der systemischen Therapie nach Möglichkeit die Mitglieder des Problemsystems mit einbezogen werden, gibt es durchaus auch systemische Therapiekonzepte für Einzel- oder Paartherapie (vgl. Rotthaus/DGSF 2020a, o. S.).

1.6.4 Humanistische Psychotherapie

Die humanistische Grundausrichtung der Psychotherapie kann als Reaktion auf die Psychoanalyse und den Behaviorismus in den 1950er und 1960er Jahren verstanden werden und bezeichnet sich daher auch als „dritte Kraft“ (vgl. Stumm 2009, 37).

Während der Zugang der Mehrheit der modernen Psychologie und Psychotherapie zum damaligen Zeitpunkt (und zum Teil auch noch heute) ein objektivierender, dem medizinisch-technischen Modell verpflichteter war, verweigerten sich die Psycholog*innen der humanistischen Strömungen dem Diagnostizieren, Interpretieren und Klassifizieren. Eine für den Gegenstand Mensch angemessene Disziplin, brauche ein anderes Wissenschaftsverständnis, eine andere Methodologie und eine andere Weise der Forschung (vgl. Schmid 2009, 153). Die Therapiekonzepte der humanistischen Strömung stützen sich zwar nicht auf ein gemeinsames Theoriegebäude, aber sie stimmen in den therapeutischen Grundprinzipien und einem explizit philosophischen Menschenbild überein. Dieses Menschenbild betrachtet den Menschen als ein einzigartiges, autonomes, schöpferisches Wesen und die humanistische Perspektive betont Freiheit, Selbstverantwortung und Ganzheitlichkeit der Person. Sie zielt darauf ab, gesunde und kreative Anteile des Menschen hervorzuheben. Zentral für die psychotherapeutische Behandlung aus dem humanistischen Spektrum ist die vertrauensvolle, reale zwischenmenschliche Beziehung zwischen Therapeut*in und Klient*in. Denn Beziehung, so die humanistische Perspektive, unterstütze die dem Menschen immanente Tendenz zur Selbstverwirklichung und ermögliche persönliche Entwicklung (vgl. Stumm 2009, 37 f.).

Je nach Klassifizierungsweise werden unterschiedliche Therapien dem humanistischen Spektrum zugeordnet. Zur Orientierung folge ich in meiner Aufzählung Kriz (2001), der in seiner Arbeit die Gestalttherapie, das Psychodrama, die Logotherapie und die Existenzanalyse nach Viktor Frankl sowie die Personzentrierte Psychotherapie nach Carl R. Rogers als wichtige Vertreter der humanistischen Strömung benennt. Das letztgenannte Therapiekonzept, die Personzentrierte Psychotherapie, ist wohl die humanistische Therapieform mit dem weltweit größten Bekanntheits- und Verbreitungsgrad (vgl. Schmidt 2009, 143). Da sie ganz expliziten Eingang in die Beratung in der Sozialen Arbeit gefunden hat, werde ich ihr im Folgenden besondere Aufmerksamkeit schenken.

Carl Ransom Rogers (1902 – 1989) lernte während seiner Ausbildung und ersten Arbeitsstelle die beiden aktuellen Psychologie- bzw. Psychotherapieströmungen seiner Zeit kennen. Rogers konnte sich mit seinem Menschenbild und seinen Ideen jedoch weder der behavioristischen noch der psychoanalytischen Ausrichtung zuordnen. Die Psychoanalyse

und traditionell psychiatrisch-medizinischen Deutungsmodelle befand er als nicht genügend überprüfbar, dem Behaviorismus mit seinem naturwissenschaftlichen Denk- und Manipulationsmodell warf er Reduktionismus vor. Vor dem Hintergrund des liberalen, positiven und individualistischen Menschenbildes der amerikanischen Roosevelt-Ära und geprägt von Gestaltpsychologie, Phänomenologie, Personalismus und Existenzialismus, symbolischem Interaktionismus und Lebensphilosophie entwickelte Rogers ab den 1940er Jahren also einen eigenen Ansatz (vgl. Schmid 2009, 146 f.). Im Folgenden möchte ich einige historische Entwicklungsschritte dieses Ansatzes nachzeichnen. Zum einen, um die Grundprinzipien des Ansatzes zu verdeutlichen, und zum anderen, um die verschiedenen Rogerschen Begriffe „nondirektiv“, „klientenzentriert“ und „personenzentriert“ einzuordnen, da diese heute leicht verwechselt oder synonym verwendet werden.

Anders als die historisch älteren Therapiekonzepte, lehnte Rogers die Problemlösefokussierung in Therapien sowie die Expert*innenrolle von Therapeut*innen ab, ebenso stark lenkende oder manipulative therapeutische Interventionen. In Abgrenzung zu den Interventionsprinzipien der klassischen Psychiatrie, Psychoanalyse und Verhaltenstherapie nannte Rogers seinen Ansatz daher zunächst „nondirective“ (auf Deutsch: „non-direktiv“). Auch war Rogers der erste, der anstatt „Patient“ oder „Patientin“, die Begriffe „Klient“ oder „Klientin“ verwendete. Er unterstrich damit die von ihm konstatierte Notwendigkeit, Menschen in Therapie als aktive, selbstverantwortliche Auftraggeber*innen mit Entscheidungsmacht zu sehen. Therapie sollte nicht „Behandlung“ sein, also die Handlung des*der Therapeut*in als Subjekt an einem*einer Kranken als Objekt. Stattdessen stand im Zentrum seiner Arbeit die Hauptthese, dass Psychotherapie ein Ort der persönlichen Entwicklung sein sollte, die von dem*der Therapeut*in als Förderer*in und Begleiter*in unterstützt wird (vgl. Schmid 2009, 146 f.). Trotzdem bemühte sich Rogers in der Anfangszeit noch stark um passende Techniken, die vor dem Hintergrund seines Therapieverständnisses Reaktionen und Veränderungen auf Seiten der Klient*innen hervorrufen könnten. Sie zielten insbesondere auf das Schaffen einer angstfreien Atmosphäre, die Verbalisierung von Emotionen und die Selbstexploration der Klient*innen. Im Zuge seiner Forschung traten Methoden und Techniken allerdings in den Hintergrund, da Rogers für seinen Ansatz die akzeptierende, einfühlsame, bewertungsfreie Haltung des*der Therapeut*in und die vertrauensvolle Beziehung als zentralstes Wirkmoment für die Selbstexploration und Gefühlsverbalisierung der Klient*innen erkannte. Es kam schließlich zur Umbenennung des Ansatzes, statt „nondirective“ („non-direktiv“) wurde nun das Adjektiv „clientcentered“ („klientenzentriert“) der

Psychotherapie vorangestellt. Dies sollte herausstellen, dass es in der Therapie um die Fokussierung der Innenwelt des*der Klient*in geht, und nicht um eine passive Haltung des*der Therapeut*in oder technisierte Interventionen. So wurden im Laufe der Zeit auch die eigenen aktuellen Erfahrungen der Klient*innen („experiencing“) in den Persönlichkeits- Beziehungs- und Therapietheorien des Ansatzes hervorgehoben. Mit der Systematisierung der Forschung in den 1950er Jahren konnte Rogers eine umfassende Konzeption zur Klientenzentrierten Psychotherapie vorlegen, welche in der Fachwelt breite Beachtung fand. Der letzte Schritt von der Klientenzentrierten Psychotherapie zur Personzentrierten Psychotherapie vollzog sich in den folgenden Jahren.

Rogers bemerkte, wie sehr Therapeut*innen oder Gruppenleiter*innen von den Teilnehmer*innen auf die eigene Person zurückgeworfen und in der Therapie persönlich involviert, gefordert oder angegriffen wurden. Das therapeutische Geschehen wurde zunehmend im Licht einer persönlichen Wechselseitigkeit betrachtet und so gewann neben der Person des*der Klient*in auch die Person des*der Therapeut*in und sein*ihr Erleben an Bedeutung. „Clientcentered“ wurde also zu „personcentered“ („personzentriert“⁸), da sich die Therapie von nun an stärker denn je als Interaktion und Beziehung zwischen zwei Subjekten begriff⁹. Der humanistische Personbegriff hat dementsprechend einen großen Stellenwert für Rogers Therapieform und durchzieht Therapiepraxis wie auch die gesamte theoretische Fundierung des Ansatzes (vgl. Schmid 2009, 148 f.). Diese ist nach Rogers (2009) in die Theorie der Therapie und der Persönlichkeitsveränderung, die Persönlichkeitstheorie, die Theorie der voll entwickelten Persönlichkeit, die Theorie der zwischenmenschlichen Beziehung sowie die Anwendungstheorien gegliedert.

In der Theorie der Therapie und der Persönlichkeitsveränderung beschreibt Rogers sechs Grundvoraussetzungen für den therapeutischen Prozess:

1. Zwei Personen befinden sich im Kontakt.
2. Der*die Klient*in befindet sich in einem Zustand der Inkongruenz, ist verletzlich oder voller Angst.
3. Der*die Therapeut*in ist kongruent, wenn er*sie in Beziehung mit dem*der Klient*in tritt.

⁸ Die Verwendung der Pluralform „personenzentriert“ im Deutschen stellt eigentlich einen Übersetzungsfehler dar (vgl. Schmid 2009, 149).

⁹ Da die Weiterentwicklung zur Personzentrierung von Rogers nicht mehr so systematisch beschrieben wurde, wurde sie erst mit einiger Verzögerung von der deutschen Fachwelt zur Kenntnis genommen. Dies führte lange zu einem eher verhaltenstherapeutischen Verständnis seines Therapiekonzeptes (vgl. Schmid 2009, 149).

4. Der*die Therapeut*in empfindet bedingungslose Wertschätzung gegenüber dem*der Klient*in.
5. Der*die Therapeut*in erfährt empathisch den inneren Bezugsrahmen des*der Klient*in.
6. Der*die Klient*in nimmt ein Mindestmaß der bedingungslosen Wertschätzung und des empathischen Verstehens des*der Therapeut*in wahr (vgl. Rogers 2009, 46 f.).

Die Punkte 3 bis 6 schaffen die Grundlage für die therapeutische Beziehung. Sie gilt, wie bei den anderen humanistischen Therapien auch, als wichtigste Rahmenbedingung für die menschliche Weiterentwicklung (vgl. Rogers 2009, 55)

Der therapeutische Prozess, der mit der Erfüllung der Grundvoraussetzungen aktiviert wird, beinhaltet unter anderem, dass der*die Klient*in seine Gefühle zunehmend freier wahrnehmen und ausdrücken kann. Es kann zunehmend mehr Verbindung zwischen den Gefühlen und der Inkongruenz, Erfahrungen und dem Selbstkonzept hergestellt werden und die Selbststruktur kann reorganisiert werden. Die bedingungslose Wertschätzung des*der Therapeut*in (bezogen auch auf die Inkongruenz oder Angst des*der Klient*in) kann von dem*der Klient*in zunehmend besser angenommen werden und es entsteht ein größeres Maß an Selbstwertschätzung. Der*die Klient*in nimmt sich selbst als diejenige Person wahr, die Bewertungen und Entscheidungen vornimmt (vgl. Rogers 2009, 50 f.).

Rogers hat seine Theorie nicht ausschließlich auf die Psychotherapie bezogen, sondern sah sie letztlich in allen Bereichen der menschlichen Interaktion/Beziehung anwendbar. Insbesondere stellte er die Anwendungsbereiche „Familienleben“, „Erziehung und Lernen“, „Gruppenleitung“ und „Gruppenspannung und Konflikt“ heraus (vgl. Rogers 2009, 78 f.), es ist also nicht verwunderlich, dass uns sein Ansatz auch in dem Teil dieser Arbeit wieder begegnen wird, der sich mit der Beratung in der Sozialen Arbeit befasst.

1.7 Die therapieschulenübergreifende Perspektive

In den vorangegangenen Kapiteln habe ich vier wichtige Psychotherapierichtungen und entsprechende Verfahren vorgestellt. Sie haben jeweils ihre eigene Entstehungsgeschichte, ihr eigenes Welt- und Menschenbild, arbeiten mit spezifischen Störungs- bzw. Heilungsmodellen zur Erklärung von Krankheitsbildern und den sich daraus ableitenden Interventionsprinzipien. Für das Ziel dieser Arbeit, die Psychotherapie mit der Beratung in der Sozialen Arbeit zu vergleichen, ist diese Vielfältigkeit eine Schwierigkeit, ihre Aufrechterhaltung würde zu einer äußerst komplexen und unüberschaubaren Situation führen. Ich komme daher an dieser Stelle auf das Gemeinsame bzw. Allgemeine zu sprechen. Allerdings gibt es auch innerhalb der therapieschulenübergreifenden Perspektive

eine Vielzahl von Vorschlägen zu Common-Factor Modellen, allgemeinen und integrativen Psychotherapiemodellen und Ansätzen. Dazu gehören beispielsweise, neben der Arbeit von Wampold (2001), das Generic Model of Psychotherapy von Orlinsky und Howard (1986), die psychologische Therapie von Grawe (1998) sowie verschiedenste Forschungen zu allgemeinen oder unspezifischen Wirkfaktoren, zum Beispiel von Frank (1961) und Weinberger (1995). Ich treffe an dieser Stelle eine Auswahl:

Im folgenden Kapitel skizziere ich zunächst das Kontextuelle Metamodell nach Wampold. Es wurde vom Autor selbst dem Medizinischen Modell als „Antagonist“ gegenübergestellt, konzentriert sich auf die unspezifischen Effekte der Psychotherapie und erklärt so den allgemeinen Prozess einer psychotherapeutischen Behandlung. Im Anschluss daran stelle ich die allgemeinen Wirkprinzipien nach Grawe vor. Sie sind mit dem Kontextuellen Metamodell vereinbar, aber sie konkretisieren was auf der Ebene der Interventionen (Wampold nennt diese Ebene den Wirkmechanismus der *Behandlungsdurchführung*, siehe unten) in den Therapien geschieht. Nach Grawe gelten die Wirkprinzipien für alle Therapieverfahren. Zugleich negieren sie nicht die Unterschiedlichkeit der Ansätze; Grawe vertritt keinen Common-Factor Ansatz (vgl. Grawe 1998, 91), sondern ist der Meinung, dass sich die Therapieverfahren „in ihren gezielt applizierten Einwirkungen [...] deutlich voneinander unterscheiden“ (Grawe 1998, 162). Durch die spezielle Herangehensweise eines Verfahren würde jeweils eine Perspektive innerhalb des eigentlich multiperspektivisch betrachtbaren Therapiesgeschehens betont (vgl. Grawe 1998, 158). Diese Harmonisierung von Unterschiedlichkeit und Gemeinsamkeit der verschiedenen Therapieverfahren machen die allgemeinen Wirkprinzipien zu einem guten Ausgangspunkt für den späteren Vergleich mit der Beratung in der Sozialen Arbeit.

1.7.1 Das Kontextuelle Metamodell

Wampold stellt dem medizinischen Modell das Kontextuelle Metamodell gegenüber. Es ist ein beziehungsorientiertes Modell der Psychotherapie, welches sich in seinen Grundannahmen auf drei zentrale Wirkmechanismen der Veränderung bezieht. Damit diese drei „Pfade“, wie Wampold sie nennt, beschränkt und wirksam werden können, setzt er den gelungenen Aufbau einer ersten, anfänglichen Arbeitsbeziehung voraus. So werden im Rahmen eines Erstgesprächs oder der Therapieanbahnung die sozialen Rollen innerhalb der Psychotherapie geklärt und Vertrauen aufgebaut. Aus diesem ersten klärenden Kontakt und durch die folgende Interaktion zwischen Therapeut*in und Patient*in entsteht eine „echte“ *Beziehung*, welche den ersten der drei zentralen Wirkfaktoren/den ersten Pfad darstellt. Der zweite Wirkfaktor der Veränderung beinhaltet die *Erwartung* des*der

Patient*in an die Therapie (vgl. Wampold/Imel/Flückiger 2018, 87). Diese Erwartung, in Anlehnung an das „Common-Component-Model“ von Jerome Frank, meint die Hoffnung auf ein besseres Leben und den Glauben daran, dies durch eine spezielle Therapie erreichen zu können. So wird davon ausgegangen, dass bereits die Entscheidung für die Aufnahme einer Psychotherapie und das Aufsuchen eine*r Behandler*in positiv auf das Befinden des*der Patient*in wirkt, da dieser Schritt bereits ein neuer Lösungsversuch des*der Patient*in ist und damit die Überwindung der „Demoralisierung“ bereits beginnt. Zudem aktiviert der Glaube an ein bestimmtes Therapieverfahren und die damit verbundenen Erklärungs- und Lösungsvorschläge die Selbstwirksamkeitserwartung des*der Patient*in (Wampold/Imel/Flückiger 2018, 92 f.). Der dritte Wirkfaktor zu Veränderung ist die *Behandlungsdurchführung* selbst mitsamt der definierten Aufgaben und Ziele, therapeutischen Interventionen und gesundheitsfördernden Maßnahmen (vgl. Wampold/Imel/Flückiger 2018, 87). Hier erkennt das Kontextuelle Metamodell durchaus die Bedeutung von therapeutischen Techniken an; anders als das medizinische Metamodell geht das Kontextuelle Metamodell aber nicht davon aus, dass es spezifische Techniken sind, die im Gegensatz zu anderen Techniken für den Behandlungserfolg spezifischer Störungen verantwortlich sind. Vielmehr

„erklärt das Kontextuelle Metamodell, dass die spezifischen Bestandteile aller Therapien den Patienten [die Patientin] veranlassen, etwas allgemein Heilsames zu tun. Das heißt, dass der Patient [die Patientin] für sich gesundheitsförderliche Maßnahmen in Angriff nimmt oder reaktiviert, was zu einem Anstieg von etwas Gesundem oder einem Rückgang von etwas Ungesundem führt.“ (Wampold/Imel/Flückiger 2018, 94)

Die allgemeine Hypothese des Kontextuellen Metamodells lautet also, dass jede Psychotherapie wirksam ist, die die oben beschriebenen drei Wirkmechanismen vorweisen kann. In Bezug auf die allgemeine Wirksamkeit sind die Hypothesen des Kontextuellen Metamodells mit denen des Medizinischen Metamodells identisch, es stützt sich allerdings auf eine andere Argumentationslinie. Die einzelnen störungsspezifischen Interventionstechniken werden nicht deshalb für den Erfolg einer Behandlung verantwortlich gemacht, weil sie „tatsächlich wirken oder tatsächlich wahr sind“, sondern weil mit ihnen der dritte Wirkmechanismus aktiviert und der*die Patient*in in den Heilungsprozess mit einbezogen wird. Therapien ohne spezifische Interventionselemente wirken daher weniger; wenn sie aber immer noch die zwei anderen Wirkmechanismen vorweisen können (echte Beziehung und positive Erwartung) haben sie zumindest einen größeren Effekt als gar keine Behandlung. Den kritischen Unterschied zum Medizinischen Metamodell macht das Kontextuelle Metamodell in Bezug auf die relative Wirksamkeit. Es geht nicht davon aus, dass manche Therapieverfahren besser wirken als andere (wenn alle

drei Wirkmechanismen vorhanden sind), sondern dass alle Therapieverfahren homogen wirksam sind. Das Hinzufügen oder Eliminieren einzelner spezifischer Interventionstechniken habe keinen Einfluss auf die Wirksamkeit, solange die Behandlung in sich kohärent bleibe und sich der*die Patient*in mit der Behandlung identifizieren könne (vgl. Wampold/Imel/Flückiger 2018, 117 f.).

1.7.2 Wirkprinzipien nach Klaus Grawe

Der Psychologe, Psychotherapeut und Psychotherapieforscher Klaus Grawe (1943 - 2005) wurde international vor allem durch seine umfangreiche Forschung über die Wirksamkeit verschiedener Psychotherapieverfahren bekannt. In seinem gemeinsam mit Ruth Donati und Friederike Bernauer veröffentlichtem Buch „Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession“ (1994), arbeitete er heraus, welche Therapieelemente wirksam sind und welche nicht (vgl. Hellhammer 2020, o. S.). Grawes Ziel war es, auf der Grundlage seiner Forschungsergebnisse den Streit der Psychotherapieschulen zu überwinden und eine empirisch fundierte Psychotherapie zu entwickeln (vgl. Grawe 1998, 12); seinen Entwurf dazu veröffentlichte er 1998 in seinem Buch „Psychologische Therapie“.

In diesem Kapitel soll es um die Wirkfaktoren der Psychotherapie gehen, die Grawe identifiziert hat. Obgleich sie keine Interventionstechniken im eigentlichen Sinne sind, konkretisieren sie meines Erachtens die Ebenen der Behandlungsdurchführung, die das Kontextuelle Metamodell als dritten Wirkmechanismus dargestellt hat. Allerdings geht Grawe nicht von einer „Redundanz“ der Interventionen aus, wie sie im Kontextuelle Metamodell an klingt, sondern bescheinigt seinen Wirkfaktoren eine klinische Wirksamkeit (jenseits von den Effekten der Behandlungskohärenz und der Identifikation mit der Behandlung).

Bevor ich mich nun den allgemeinen Wirkfaktoren Grawes zuwende, möchte ich zunächst die Begrifflichkeiten klären:

Die Diskussion um allgemeine Wirkfaktoren in der Psychotherapie zielt im Allgemeinen auf die Therapievariablen ab, die in jeder psychotherapeutischen Behandlung auftreten, unabhängig vom jeweiligen therapeutischen Verfahren (vgl. Pfammatter/Junghang/Tschacher 2012, 20).

„Sie [die allgemeinen Wirkfaktoren] sind inhärenter Bestandteil von Psychotherapie und kommen weder exklusiv nur bei bestimmten Psychotherapiemethoden zum Tragen, noch spielen sie – nach Auffassung ihrer Verfechter – in der Behandlung spezifischer psychischer Störungen eine besondere Rolle“ (Pfammatter/Junghang/Tschacher 2012, 20).

Auch wenn vielerorts von den „allgemeinen Wirkfaktoren nach Grawe“ gesprochen wird, entsprechen die von ihm identifizierten Therapieelemente nicht dem oben genannten Verständnis. Grawe geht nicht davon aus, dass in allen psychotherapeutischen Verfahren letzt-

lich das gleiche geschieht und es damit egal wäre, mit welchem Zugang ein*e Patient*in behandelt wird (vgl. Grawe 1998, 91). Auch ist der Begriff „Faktor“ missverständlich. Der Duden beispielsweise erklärt, ein „Faktor“ sei „etwas, was in einem bestimmten Zusammenhang bestimmte Auswirkungen hat; Umstand“ (Dudenredaktion 2020, o. S.). Die Wirkfaktoren nach Grawe meinen aber keine feststehenden Größen, sondern etwas Prozessuales, das zwischen Patient*in und Therapeut*in geschieht und von Therapeut*innen genutzt, verstärkt oder angestoßen wird. Statt *Wirkfaktoren* handelt es sich bei Grawes identifizierten Elementen also eher um *Wirkprinzipien*. Diesen Begriff hat Grawe im Übrigen selbst in seiner Arbeit verwendet und so werde auch ich ihn für die folgenden Darstellungen benutzen (vgl. Grawe 1998, 87 ff.).

Um die Wirksamkeit und Wirkungsweise verschiedener psychotherapeutischer Ansätze zu untersuchen, wählte Grawe einen besonderen Zugang. Er identifizierte verschiedene Perspektiven (etwa Problemperspektive, Ressourcenperspektive, Klärungsperspektive, Konfliktperspektive, Beziehungsperspektive) aus der das psychotherapeutische Geschehen (unabhängig vom Verfahren) betrachtet werden kann. Die Perspektiven und die therapeutischen Verfahren setzte er dabei nicht gleich, sondern betrachtete diese, „bzw. ihre Vorgehensweisen durch die Brille der herausgearbeiteten Perspektiven“ (Grawe 1998, 158). Dabei stellte er zum einen fest, dass die Therapieschulen jeweils bestimmte Perspektiven einnehmen und dann innerhalb dieser Bedeutungswelt, die sich durch die gewählte Perspektive öffnet, durch bestimmte Interventionen bestimmte Ziele verfolgen. Andererseits haben diese Maßnahmen durchaus auch Wirkungen in den anderen Bedeutungswelten, welche man erkennen würde, würde man die Perspektive wechseln. Der Unterschied zwischen den Therapieschulen besteht also nicht aus ihrer grundsätzlich verschiedenen Qualität. Nach Grawe besteht der Unterschied aus der Wahl der Perspektive, aus der der Fall heraus betrachtet wird und welche Wirkung in welcher Bedeutungswelt *intendiert* wird. Das heißt, bezogen auf die Wirksamkeit im Allgemeinen lautet die Frage „*Was* wird in den verschiedenen Perspektiven angewendet?“. Bezogen auf die Unterschiede der Therapieschulen lautet die Frage „*Wieviel* wird davon jeweils angewendet?“ (vgl. Grawe 1998, 155 ff.). So wie das Kontextuelle Metamodell benennt Grawe für die Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Behandlung zunächst die Erwartungsinduktion und die Beziehung:

1. Die Erwartungsinduktion:

Nach Grawe lässt sich in der psychotherapeutischen Behandlung häufig eine gravierende Besserung auf Seiten der Patient*innen beobachten, die alsbald nach Beginn der Behandlung eintritt (vgl. Grawe 1998, 17). Diese Verbesserung der Symptomatik und des

Wohlbefindens, die vonstattengeht, obwohl die eigentliche therapeutische Arbeit überhaupt noch nicht begonnen hat, führt Grawe auf den Wirkmechanismus der Erwartungsinduktion zurück, sowie auf die damit verbundenen positiven Rückkoppelungsprozesse. Wie bereits Wampold in seiner Beschreibung des zweiten Wirkfaktors „Erwartung“, bezieht sich Grawe dabei auf Jerome Frank. Zwar ist für Grawe klar, dass die Induktion positiver Erwartungen nicht das Einzige ist, was zu einer erfolgreichen Behandlung führt, dennoch erkennt er den Glauben an eine bessere Zukunft als bedeutsam an. Einerseits für die anfängliche Besserung der Patient*innen und andererseits als eine wichtige Voraussetzung dafür, dass auch die späteren Einflüsse und Wirkprinzipien, die eine Besserung bei den Patient*innen bewirken können, voll zum Tragen kommen können (vgl. Grawe 1998, 21 ff.).

„Die Induktion positive Erwartung [...] bringt also so etwas wie eine Kettenreaktion in Gang, die man auch als sich selbst erfüllende Prophezeiung bezeichnen könnte. Wenn es gelingt, beim Patienten positive Erwartungen auf wirksame Hilfe und baldige Besserung zu induzieren, wird er sich wieder etwas zuversichtlicher fühlen und mit mehr Mut, Schwung und Vertrauen an die Dinge herangehen. Dies führt zu kleinen Erfolgserlebnissen, die wiederum sein Vertrauen stärken, dass Veränderung möglich ist. [...] Die positiven Veränderungen die der Patient bei sich feststellt, wird er als Anzeichen dafür interpretieren, dass die Therapie bei ihm wirkt und dies führt dazu, dass sie bei ihm wirkt, weil ihre Glaubwürdigkeit in der glaubwürdigsten Weise, nämlich durch Erfahrung ‚am eigenen Leibe‘, bestätigt wurde.

Die Feststellung, dass die Therapie bei ihm wirkt, fördert beim Patienten die Aufnahmebereitschaft für das, was der Therapeut an ihn heranträgt, und erhöht seine Kooperationsbereitschaft und sein aktives Engagement für die Therapie. Damit verbessern sich die Voraussetzung für das Wirksamwerden aller sonstigen spezifischen Einflüsse, die von dem therapeutischen Vorgehen ausgehen mögen.“ (Grawe 1998, 24 f.)

Da die Erwartungsinduktion also nicht nur für den Therapiebeginn, sondern auch den Therapieverlauf eine entscheidende Größe darstellt, ist es für Grawe eine wichtige Aufgabe der Psychotherapeut*innen, die Besserungswartung auf Seiten des*der Patient*in bewusst zu unterstützen, denn sie sei nicht automatisch durch die Therapiesituation gegeben (vgl. Grawe 1998, 31). Somit ist die Erwartungsinduktion nicht nur *Wirkfaktor*, sondern auch *Wirkprinzip*. Da ihre Aktivierung eine wertvolle Ressource darstellt, gehört sie nach Grawe als Teilaspekt in den Bereich der Ressourcenaktivierung (siehe unten). Der positive Rückkoppelungseffekt, der durch die positive Besserungserwartung ausgelöst wird, sei zudem umso stärker in Kombination mit den anderen Aspekten der Ressourcenaktivierung (vgl. Grawe 1998, 34 f.).

2. Die therapeutische Beziehung

Der Behandlungserfolg wird nach Grawe maßgeblich geprägt von der Qualität der therapeutischen Beziehung; seine Annahme ist hier anschlussfähig an das zweite

Wirkprinzip des Kontextuelle Metamodells nach Wampold. Wie die Induktion positiver Erwartungen sieht Grawe auch die positive Verwirklichung der Beziehung im Bereich der Ressourcenaktivierung angesiedelt, auch weil die Ressource „Beziehung“ die zuvor genannten Besserungserwartung unterstützt. Nach Grawe entsteht eine positive Beziehung durch den Ausdruck von Wertschätzung, Respekt vor der Autonomie des*der Patient*in, Parteilichkeit und einen glaub- und vertrauenswürdigen wie kompetenten Eindruck der*der Therapeut*in. Die vertrauensvolle, positive Beziehung zwischen Therapeut*in und Patient*in stärke das Selbstwertgefühl des*der Patient*in und fördere die Bereitschaft, sich Unangenehmem zu stellen und Veränderungen zu wagen (vgl. Grawe 1998, 134 ff.).

Zu diesen relativ allgemeinen Wirkprinzipien kommen nun vier weitere. Sie lassen sich in allen untersuchten Psychotherapieverfahren identifizieren, allerdings mit unterschiedlichen Gewichtungen (siehe oben).

3. Das Wirkprinzip Intentionsrealisierung oder: Problembewältigung

Das problemlösungsorientierte Vorgehen der Intentionsrealisierung ist handlungsorientiert, es zielt auf die konkrete Bewältigung von Schwierigkeiten. Problemspezifische Maßnahmen unterstützen Patient*innen darin, ein Ziel zu erreichen und positive Bewältigungserfahrungen zu sammeln. Nach Grawe sind es vor allem die verhaltenstherapeutischen Ansätze, die sich diesem Wirkprinzip verschreiben; sie nutzen beispielsweise das Expositionstraining als ein Mittel zur Angstreduktion und damit zur Bewältigung eines Problems. Innerhalb der Wirkprinzips der Intentionsrealisierung oder Problembewältigung, Grawe benutzt beide Begriffe abwechselnd, geht es allerdings nicht nur um das Erreichen eines konkreten Zieles, sondern um das allgemeine Training volitiver und handlungsrelevanter Fähigkeiten. Auf diese Fähigkeiten sollen Patient*innen auch zukünftig zurückgreifen können, wenn Pläne umgesetzt oder Probleme gelöst werden wollen (vgl. Grawe 1998, 87 f.)

4. Das Wirkprinzip Intentionsveränderung oder: Motivationale Klärung

Das Wirkprinzip der Intentionsveränderung oder Motivationaler Klärung ist klärungsorientiert. Hier wird davon ausgegangen, dass der*die Patient*in in der Vergangenheit nicht genügend volitionsstarke Intentionen bezogen auf seine*ihre eigenen Wünsche herausgebildet hat. Der bisherige Wahlprozess zwischen eigenen Wünschen, Annahmen und Befürchtungen hat zum Ergebnis, dass sich der*die Patient*in unwohl fühlt. Deshalb wird mit der Motivationalen Klärung dieser Wahlprozess nachgezeichnet, um ggf. Änderungen vornehmen zu können, also gewissermaßen wiederholt. Konkret bedeutet das, dass der*die

Therapeut*in den*die Patient*in darin unterstützt, den Wahlprozess zu reflektieren sowie die dahinterliegenden bewussten und unbewussten Bedürfnisse, Wünsche, Gefühle, Annahmen, Befürchtungen und Ziele aufzudecken, zu überprüfen und ggf. zu revidieren. Grawe erkennt das Wirkprinzip der Motivationalen Klärung oder Intensionsveränderung besonders in dem Repertoire klärungsorientierter Verfahren wie der Personzentrierten Psychotherapie.

In seiner Forschung hat Grawe festgestellt, dass es bei problemlösungsorientierten Therapien, die eher das Wirkprinzip der Problembewältigung anwenden, zu einer sehr ähnlichen Veränderung auf Seiten der Patient*innen kommt wie bei den klärungsorientierten Verfahren. Anders als andere Common-Faktor-Modelle erklärt Grawe dies nicht damit, dass alle Therapieverfahren letztlich das Gleiche machen oder die gleichen Wirkmechanismen zum Tragen kommen. Er ist der Auffassung, dass die Problembewältigung und die Motivationale Klärung zusammengehört, also nicht unverbunden nebeneinanderstehen, sondern eigentlich zwei Phasen des Genesungsprozesses darstellen. Die Realisierung von Intentionen macht Menschen zufriedener; für die Realisierung braucht es aber eben beides, die Klärung/das Herausbilden von Intentionen sowie die Umsetzung der selben. Auch in klärungsorientierten Verfahren kommt es nach Grawe letztlich zu Umsetzungs- und Bewältigungshandeln, dies würde im Unterschied zu den problemlösungsorientierten Behandlungen nur etwas länger dauern (vgl. Grawe 1998, 89 ff.).

5. Das Wirkprinzip prozessuale Aktivierung oder: Problemaktualisierung

Das Wirkprinzip der Problemaktualisierung zielt auf die unmittelbare Erfahrung des*der Patient*in ab. Während die vorangegangenen Wirkprinzipien noch schwerpunktmäßig verschiedenen Verfahren zugeordnet werden konnten, spielt die prozessuale Aktivierung in allen von Grawe untersuchten Ansätzen eine große Rolle. Sie ist damit ein allgemeines Wirkprinzip in unterschiedlichen Situationen: Während des Expositionstrainings im Rahmen einer Verhaltenstherapie zum Beispiel, stellt sich der*die Patient*in seinen*ihren Gefühlen und handelt aus eigener Kraft. In klärungsorientierten Ansätzen wird die Aufmerksamkeit auf das innere Erleben der Patient*innen gerichtet und es kommen Techniken wie „Empty Chair“ zum Einsatz, die die emotionale Beteiligung der Patient*innen fördern und erfahrbar machen, worüber gesprochen wird. Auch die psychodynamischen Verfahren legen großen Wert auf die Problemaktualisierung und arbeiten daher mit Übertragungs- und Widerstandsphänomenen (vgl. Grawe 1998, 93 f).

Die Problemaktualisierung ist ein qualitativ anderes Wirkprinzip als die Problembewältigung und die Motivationale Klärung. Sie ist kein Selbstzweck, sondern nur

in Verbindung mit einem der beiden anderen Wirkprinzipien von Bedeutung. So ermöglicht die Moderatorfunktion, die sie für die Klärungs- und Realisierungsprozesse innehat, dass es zu korrektiven emotionalen Erfahrung kommt (vgl. Grawe 1998, 94 f.).

6. Das Wirkprinzip Ressourcenaktivierung

Für die gezielte Ressourcenaktivierung muss der*die Therapeut*in, anstatt von einer Problemperspektive, den Fall von einer Ressourcenperspektive her betrachten. Sie ist wichtig, denn in den Ressourcen stecken nach Grawe die Kraft und Mittel des*der Patient*in für seine*ihre Veränderung:

„Wenn man Veränderung aus einer Problemperspektive heraus betreiben will, geht man von einem grundlegenden Irrtum aus, nämlich dem, dass der Therapeut es ist, der den Patienten ändert. In Wirklichkeit ändert sich aber in einer erfolgreichen Therapie der Patient in Interaktion mit einem Anstöße [sic] gebenden und unterstützenden Therapeuten. Dass sich der Patient für seine Veränderung selbst verantwortlich fühlt, ist nach einer Vielzahl empirischer Befunde eine wichtige Voraussetzung für ein gutes Therapieergebnis.“ (Grawe 1998, 96)

Neben allen problematischen und schwierigen Aspekten der Person und seiner*ihrer Biografie, die unter der Problemperspektive analysiert wird, um zu einem Verständnis der Problematik zu kommen, bringt jeder Mensch auch positive Seiten und Ressourcen mit. Schon allein, dass sich ein*e Patient*in in Behandlung begibt und/oder Ratschläge annimmt, ist Ausdruck dieser eigenen Kraft. Diesen Ressourcen gilt es in der Therapie Aufmerksamkeit zu schenken. Gemeinsam werden die Stärken, Fähigkeiten, Ziele, Neigungen, positiven Beziehungen, körperliche Ausprägungen, Wissen, Werte, Erfahrungen und bereits überwundenen Krisen aufgedeckt und gewürdigt, ebenso wie die Motivation des*der Patient*in und die positiven Möglichkeiten, die ihr*sein Leben bereithält. Dies verhindert die Reduktion des*der Patient*in auf seine*ihre negativen Seiten und zeigt den Weg/die Mittel zu einer positiven Veränderung. Nach Grawe ist die Problemperspektive für die inhaltliche Therapieplanung nützlich (WAS soll geändert werden?), die Ressourcenperspektive gibt für die prozessuale Therapieplanung Aufschluss darüber, WIE etwas am besten verändert werden kann (vgl. Grawe 1998, 95 ff.).

Das Wirkprinzip der Ressourcenaktivierung beinhaltet nach Grawe auch die Induktion positiver Erwartung und die therapeutische Beziehung; aufgrund ihrer Wichtigkeit betrachtet er diese beiden Elemente aber gesondert (vgl. Grawe 1998, 97; 134 f.). Ihre Rolle für eine wirkungsvolle Therapie habe ich oben bereits beschrieben.

Mit der Darstellung der Wirkprinzipien nach Grawe endet meine Bestandsaufnahme zur Psychotherapie. Im nächsten Kapitel wende ich mich dem anderen Vergleichsgegenstand dieser Arbeit zu, der Beratung in der Sozialen Arbeit.

2. Beratung in der Sozialen Arbeit

Der Begriff „Beratung“ stellt uns vor die Schwierigkeit großer Komplexität; so wie die Psychotherapie kann auch die Beratung nicht im Singular stehen. Beratung ist ein Alltagsphänomen menschlicher Kommunikation (zwischen Partner*innen, Freund*innen, Familienmitgliedern, Kolleg*innen), wird aber auch in unterschiedlichen Professionalisierungs- und Institutionalisierungsgraden praktiziert und spielt in verschiedensten Disziplinen und Gesellschaftsbereichen (z.B. Rechtswissenschaften, Philosophie, Medizin, Politik) eine Rolle (vgl. Engel/Nestmann/Sickendiek 2009, 33). Auch mit der Begrenzung der Beratung auf die Soziale Arbeit verliert sie nicht an Mehrdimensionalität und kann sich darüber hinaus auch nicht auf ein einzelnes einheitliches Konzept berufen (vgl. Belardi 2009, 41). Vielmehr finden sich in der Sozialen Arbeit verschiedene Beratungskonzepte und -methoden, die ihre disziplinäre Rückbindung bisher vor allem in den Bezugswissenschaften Psychologie und (Sozial-)Pädagogik haben (vgl. Bauer/Weinhardt 2014, 9).

Daher bedarf es zunächst einer Exploration der verschiedenen Verständnismöglichkeiten von Beratung sowie der Entwicklung einer Definition im Sinne dieser Arbeit. Es folgt ein historischer Abriss zur Entwicklungsgeschichte der Beratung, die Darstellung der Formalisierungsgrade der Beratung, die Betrachtung der Beratung vor dem Hintergrund der allgemeinen Aufgaben und Ziele der Sozialen Arbeit sowie ein kurzer Einblick in die finanziellen und politischen Rahmenbedingungen. An die dann erfolgende Erläuterung der Lebensweltorientierung als eine der möglichen theoretischen Fundierungen, soll zu guter Letzt das Kapitel über Beratungsmethoden und allgemeine Handlungsstrategien anknüpfen.

2.1 Allgemeine Definition von Beratung in der Sozialen Arbeit

In der Literatur zu Beratung in der Sozialen Arbeit begegnet einem mitunter die disziplinspezifische Unterscheidung zwischen (a) Sozialer bzw. Sozialarbeiterischer Beratung, (b) Pädagogischer bzw. Sozialpädagogischer Beratung sowie (c) Psychosozialer Beratung (vgl. Sickendiek/Engel/Nestmann 2008, 17).

Die Soziale Beratung bezieht sich auf beraterische Hilfen, die auf die Behebung oder Milderung von persönlichen oder sozialen Notlagen Einzelner oder von Gruppen abzielen. Dabei geht es vor allem um die Sicherung einer angemessenen materiellen Lebensgrundlage und die Bearbeitung von Schwierigkeiten oder Krisen im Lebensfeld der Betroffenen; sie rekurriert auf die materiellen, rechtlichen und institutionellen Strukturen

der sozialen Umwelt. Heute ist für die Soziale Beratung besonders das Konzept der Lebensweltorientierung von Hans Thiersch von Bedeutung (vgl. ebd.). Nach Thiersch ist die Soziale Beratung ein methodisch fundiertes Arbeitskonzept im

„[...] prozesshaften Zusammenhang von Arbeitsschritten: Erkenntnis (Wahrnehmung/Diagnose) von Schwierigkeiten ist die Voraussetzung zur Klärung des Entwurfs von Hilfsmöglichkeiten; sie führt zur Unterstützung und Hilfe in der Erschließung von Ressourcen“ (Thiersch 1992, 130)

Nach meinem Dafürhalten kann die Soziale Beratung allerdings kaum dabei helfen, äußere Schwierigkeiten zu bewältigen oder Handlungsalternativen zu entwickeln, wenn sich in der Sozialen Beratung nicht auch den inneren Gefühlslandschaften, biografischen Aspekten und persönlichen Kompetenzen der Person zugewendet wird. Daher ist meiner Meinung nach Soziale Beratung zugleich auch Psychosoziale Beratung.

Die Psychosoziale Beratung nämlich fokussiert die sozialen oder emotionalen Kompetenzen und Bewältigungsformen der Klient*innen, die dazu beitragen, mit gesellschaftlichen Anforderungen oder den Widrigkeiten des Lebens zurechtzukommen. Dabei kann psychosoziale Beratung einerseits die Vermittlung von persönlichen Fähigkeiten und Reflexivität über die eigene Person und Lage vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Bedingungen verstanden werden, als auch als Erforschung und (wieder-)Entdeckung von persönlichen, materiellen und sozialen Ressourcen (vgl. Sickendiek/Engel/Nestmann 2008, 19 ff.). Vor allem der Aspekt der zu lernenden Reflexivität der Klient*innen zeigt, dass die Psychosoziale Beratung letztlich an die Pädagogische bzw. Sozialpädagogische Beratung angeschlossen ist. In Anlehnung am Mollenhauer verfolgt die (Sozial-)Pädagogische Beratung einen Erziehungsauftrag, wobei Erziehung in diesem Zusammenhang nicht als Belehrung, sondern als Bildung, d.h. kritische Aufklärung, verstanden wird. Die Beratung soll Informationen und alternative Orientierungsoptionen vermitteln sowie die Fähigkeit, mit eben jenen angebotenen Inhalten souverän umzugehen. Nach Thiersch geht es in der (Sozial-)Pädagogischen Beratung zudem um die Überwindung oberflächlicher Interpretationen und um ein umfassenderes Verständnis der eigenen Lage (vgl. Sickendiek/Engel/Nestmann 2008, 18 f.).

Der Kreis zwischen den drei Verständnismöglichkeiten von Beratung schließt sich, da Thiersch die Soziale Beratung als Teilbereich der Sozialpädagogischen Beratung, nämlich als lebensweltorientierte Beratung innerhalb der Sozialpädagogik, verortet (vgl. Sickendiek/Engel/Nestmann 2008, 18). Insofern habe ich mich entschieden, die Unterscheidung zwischen den drei Beratungsdefinitionen in meiner Arbeit nicht weiter zu verfolgen und der Abgrenzungsproblematik mit der Begriffsverwendung „Beratung in der

Sozialen Arbeit“ zu begegnen. Denn auch wenn durch die Unterscheidung von Sozialer Beratung, (Sozial-)Pädagogischer Beratung und Psychosozialer Beratung verschiedene Schwerpunkte hinsichtlich Theorie, Praxis, Methoden, Arbeitsfelder und Forschung verdeutlicht werden mögen (vgl. Sickendiek/Engel/Nestmann 2008, 15), so sind nach meinem Verständnis all ihre Aspekte Teil der Beratung in der Sozialen Arbeit. Ich gehe daher, orientiert an den Arbeiten von Sickendiek, Engel und Nestmann (2008), Belardi (2007) und Thiersch (2007), von folgender Beratungsdefinition aus:

Beratung in der Sozialen Arbeit ist eine Interaktion/Kommunikationsbeziehung zwischen mindestens zwei Personen, bei der der*die professionell Helfende*r den*die Klient*in (oder das Klient*innensystem) – mit Einsatz kommunikativer Methoden/Techniken und auf Grundlage wissenschaftlicher Theorien – bei der Bewältigung von lebenspraktischen, sozialen, körperlichen, seelischen und/oder wirtschaftlichen Schwierigkeiten oder Krisen unterstützt. Dies geschieht in Form von Wissensvermittlung, Förderung von Selbst- und Situationserkenntnis und Orientierung sowie Eröffnung und Aktivierung von Kompetenzen und Ressourcen auf Seiten der Klient*innen. Dabei kann Beratung präventiv, kurativ und rehabilitativ eingesetzt werden. Die Beratung in der Sozialen Arbeit ist alltagsnah und betrachtet das Individuum, seine Probleme und seine emotionale Verfasstheit vor dem Hintergrund der biografischen Entwicklung, dem sozialen Kontext/Netzwerk, gesellschaftlicher Rahmenbedingungen und den zur Verfügung stehenden Ressourcen. Dabei findet Beratung in der Sozialen Arbeit im Kontext der allgemeinen Aufgaben und Möglichkeiten der Sozialen Arbeit statt.

2.2 Entwicklungsgeschichte der Beratung in der Sozialen Arbeit

Die Skizze der historischen Entwicklung der Beratung in der Sozialen Arbeit soll die historische Gemengelage von psychotherapeutischen Verfahren und der Entwicklung der Sozialen Arbeit bzw. der Beratung in der Sozialen Arbeit sortieren. Der Übersichtlichkeit halber greife ich an dieser Stelle vor und stelle meinen Erläuterungen folgende Erkenntnisse voran: Die Beratung in der Sozialen Arbeit geht auf das amerikanische Social Case Work und die deutsche Einzelfallhilfe zurück (vgl. Bauer/Weinhardt 2014, 9). Bereits mit der Entstehung der Einzelfallhilfe begannen die Berührungspunkte und Bezugnahmen auf psychotherapeutische (zu Beginn psychoanalytische) Annahmen und Verfahren in der Sozialen Arbeit (vgl. Galuske 2013, 79). Trotz der Nähe zur Psychotherapie aber wurden auch in der eigenen Entwicklung der Einzelfallhilfe Werte und Interventionsprinzipien

herausgearbeitet, die so oder so ähnlich auch heute noch für die Beratung in der Sozialen Arbeit Gültigkeit haben. Daher ist zu betonen, dass die Beratung in der Sozialen Arbeit trotz ihrer psychotherapeutischen Anleihen ihre Wurzeln in der Sozialen Arbeit/Fürsorge/Sozialpädagogik hat¹⁰. Die Entwicklungen in den 70er/80er Jahren sehe ich gewissermaßen als Fortführung dieses Doppelverhältnisses zwischen psychotherapeutischen Bezugnahmen (besonders auf tiefenpsychologische und klientenzentrierte therapeutische Konzepte, vgl. Bauer/Weinhardt 2014, 9) und der sozialpädagogischen Einordnung und Fundierung der Beratung. Wie ich später darlege, rückten einerseits Psychotherapie und Beratung zu dieser Zeit noch einmal deutlich zusammen. Andererseits entstanden neue, auch für die Beratung wichtige Theorien und Konzepte für die Sozialen Arbeit, die Psychotherapie und Beratung zu unterscheiden halfen und helfen. Ein sehr bedeutendes Konzept ist die Lebensweltorientierung von Hans Thiersch. Ich werde gegen Ende dieses Kapitels sowie in Kapitel 2.2 darauf zurückkommen.

Die soziale Einzelfallhilfe gilt neben der sozialen Gruppenarbeit und der Gemeinwesenarbeit als eine der drei klassischen Methoden der Sozialen Arbeit. Sie entwickelte sich verstärkt seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, zu Zeiten der Hochindustrialisierung und mit der Verberuflichung der Sozialen Arbeit (vgl. Belardi 107, 69). Durch die Industrialisierung und Modernisierung veränderte sich der vormals ganzheitliche Lebenskontext der Menschen und verlagerte einzelne Lebensbereiche wie Arbeit, Erziehung und Alltagsleben in gesellschaftliche Institutionen. Dies hatte zur Folge, dass die Lebensanleitung und Beratung durch ältere Generationen, Bekannte oder Lehrer*innen und Geistliche allein nicht mehr ausreichte; die Erfahrungen der „alten“ Generationen ließen sich nicht mehr ohne weiteres auf die neu geschaffenen Strukturen übertragen. Zudem wurde die Lebenslage der Menschen prekärer, die Industrialisierung führte zu einer zunehmenden Verelendung und Armut. Ende des 19. Jahrhunderts wurde durch die Schaffung einer Sozialgesetzgebung und institutionalisierter Beratungseinrichtungen in Deutschland auf diese Entwicklung reagiert (vgl. Schubert/Rohr/Pelzer 2019, 2). Doch den Anfang machten zuvor die 1869 in England und 1877 in den USA gegründeten „Charity Organisation Societies“ (COS). Das Neuartige

¹⁰ Auch Großmaß ist der Auffassung, Beratung und Psychotherapie seien Ende des 19. Jh. parallel und unabhängig voneinander entstanden. Thematisch hätte es deutliche Unterschiede gegeben, denn während die Psychotherapie die Behandlung von „Neurosen der modernen Individualität“ und Kriegsneurosen anstrebte, ging es der Beratung der 20er Jahre des 20. Jh. zunächst vor allem um Aufklärung (vgl. Großmaß 2007, 91).

dieser Vereinigungen war, dass sie, anders als die anderen Einrichtungen der traditionellen Armenfürsorge, nicht einfach Almosen vergaben, sondern zunächst Hilfebedarfe ermittelte und die Vergabe von Almosen an Bedürftige koordinierte. Das Ziel war der effiziente und sparsame Einsatz der Spenden der Mildtäter*innen und Ressourcen der Wohltätigkeitsvereine, was bedeutete, dass zunächst geprüft wurde, welche bedürftige Familie der Hilfe „würdig“ war und welcher individuelle Bedarf bestand. Dafür besuchten ehrenamtliche Helferinnen, bekannt als „friendly visitors“, die Haushalte, um die Lebensbedingungen und –lagen der Betroffenen zu ergründen und freundschaftliche Beziehung herzustellen. Die „Hilfe zur Selbsthilfe“, die verfolgt wurde, hatte mit der Unterscheidung von würdigen und unwürdigen Fällen einen deutlichen Charakter von Kontrolle und Disziplinierung (vgl. Pantuček 1998, 29).

Die COS in den USA war Arbeitsstätte von Mary Richmond, einer Pionierin des amerikanischen Social Case Work. Vor dem Hintergrund ihrer Arbeit in der Charity Organisation erforschte Mary Richmond geeignete Verfahrensweisen für die Betreuung der bedürftigen Familien anhand der Analyse von über Jahre hinweg gesammelten Fallgeschichten und Befragungen. Die Ergebnisse veröffentlichte Mary Richmond 1917 in ihrem Buch „Social Diagnosis“, in dem sie sich um eine empirische fundierte Darstellung methodischen Handelns bemühte und damit einen Beitrag zur Professionalisierung der Sozialen Arbeit leistet. Wenngleich Richmonds Vorstellung von Hilfe noch viel mit Datensammlung über die Hilfesuchenden, Kontrolle und der Kategorisierung von Ansprüchen zu tun hatte, befasste sie sich auch mit Herstellung einer tragfähigen Beziehung zwischen Helfenden und Hilfesuchenden, mit der Fertigkeit zu beraten und mit dem bereits genannten Prinzip der „Hilfe zur Selbsthilfe“ (vgl. Müller 2013, 28ff). Wie bereits die Wahl ihres Buchtitels verrät, orientierte sich Richmond an medizinischen und psychologischen Modellen (vgl. Galuske 2013, 78 f.). Ihr Verständnis von Fürsorge beschreibt Galuske wie folgt:

„Die SozialarbeiterIn als „soziale Ärztin“ versucht in einem Prozess von Anamnese, Diagnose und Therapie, ‚soziale Erkrankungen‘ von Individuen zu heilen. Es ist deshalb nicht zufällig, dass die Soziale Einzel(fall)hilfe schon frühzeitig auf die Psychoanalyse zurückgreift.“ (Galuske 2013, 79).

In ihrem weiteren Schaffen beschreibt Richmond den Menschen als ein Geschöpf, dessen Wesen und Bewusstsein von Beziehungen, gemachten Erfahrungen und mitgebrachten Fähigkeiten, aber auch von der Gesellschaft geprägt sind. Gleichzeitig sei der Mensch lernfähig und lernwillig, zur Weiterentwicklung fähig und nicht durch die Daten der Vergangenheit determiniert. Das Ziel Sozialer Arbeit sei, durch Erziehungsarbeit „die Persönlichkeit durch bewusst bewirkte, einzelfallspezifische Anpassungsleistungen

zwischen Menschen und sozialer Umwelt zu entwickeln“ (Richmond 1922, 98 f., zit. n. Müller 2013, 33). Mary Richmonds Überzeugungen brachen mit der bis dahin vorherrschenden Meinung, Armut und andere Notlagen resultierten aus einer angeborenen Charakterschwäche oder seien gottgegeben. Sie war der Auffassung, Ursachen für Hilfsbedürftigkeit seien in der individuellen Lebensgeschichte und den sozialen Netzwerken der Klient*innen zu suchen, wobei soziale Lernprozesse der Ratsuchenden eine Antwort auf diese Hilfsbedürftigkeit darstellen würden. Tatsächlich zeigte Richmonds empirische Arbeit sogar „unbeabsichtigterweise“, dass Armut vor allem auf gesellschaftsökonomische Ursachen zurückgeht (vgl. Müller 2017, 34).

Durch die Kriegsfolgen des ersten Weltkriegs (1914-1918) veränderte sich der Fokus der Individualhilfe im Deutschen Reich mit der Einführung sozialpolitischer Instrumente (Krankenversicherung, Arbeitslosenversicherung, Pensionssystem etc.) von der klassischen Armenpflege und Existenzsicherung hin zu einer Wohlfahrtspflege, die neben der Sozialhilfe vor allem Gesundheit, Jugend- und Familienhilfe stärker in den Blick nahm. In diesen Bereichen ging es zunehmender um die persönlichen Hilfen, die eine vertiefte Menschenkenntnis von professioneller Seite voraussetzte, da nicht mehr ausschließlich die Linderung materieller Not im Vordergrund stand. In der Entwicklung der psychosozialen Arbeit wurde daher verstärkt auf therapeutische Konzepte, insbesondere die Psychoanalyse, zurückgegriffen und die Einzelfallhilfe weiter „psychologisiert“ (vgl. Wendt 2019, 70). Dennoch hatten auch hier die Aufgaben der Fürsorge zunächst einen deutlich kontrollierenden Charakter (vgl. Pantuček 1998, 31). Alice Salomon, eine aus der bürgerlichen Frauenbewegung stammende deutschen Pionierin der Sozialen Arbeit, brachte die Methode der Einzelfallhilfe erstmalig nach Deutschland. Nachdem sie sich mit der Entwicklung der Fürsorge in den USA und der Arbeit von Richmond beschäftigt hatte, veröffentlichte Salomon ihr Lehrbuch „Soziale Diagnose“ (1926). In diesem Buch nahm sie die Arbeit von Richmond auf, entwickelte sie inhaltlich weiter und passte die Überlegungen den deutschen Verhältnissen an. Ähnlich wie Richmond war auch Salomon der Meinung, die Fürsorgetätigkeit sei zu einer Arbeit geworden, die sich von der Methodik her an der von Ärzten, Juristen oder Lehrern orientieren sollte (vgl. Müller 2017, 62 f.). Die Aufgabe des Fürsorgers (Salomon schreibt in der männlichen Form) bestehe darin,

„Material zu sammeln (eigene Beobachtungen und Aussagen anderer), das beschaffte Material zu prüfen und zu vergleichen, es zu bewerten, Schlüsse daraus zu ziehen – schließlich ein Gesamtbild herzustellen, das erlaubt einen Plan für die Abhilfe (Behandlung) zu fassen.“ (Salomon 1926, 7, zit. n. Müller 2013, 63)

Neben der umfangreichen Sammlung und Ordnung von Klient*innendaten, entwickelte Salomon auch erste Konzepte für die pädagogische Arbeit, also für die Lösung des durch die gesammelten Materialien erfassten Einzelfalls (vgl. Müller 2013, 63)¹¹. Wie Richmond vertrat auch Salomon die Auffassung, das Wesen der Fürsorge bestünde in der Unterstützung von zwei Anpassungsleistungen. Zum einen ginge es darum, den Hilfsbedürftigen zu helfen, sich in die Umwelt einzufügen und sich dort zurechtzufinden, und zum anderen gelte es, die Umwelt so zu beeinflussen, dass der Mensch bessere Voraussetzungen für die Entfaltung seiner Kräfte habe (vgl. Salomon 1926, 59, zit. n. Müller 2013, 63 f.). Neben der Beschaffung von Ressourcen sei also die Aufgabe des Fürsorgers, so auf den Klienten einzuwirken, dass er seine Einstellung ändert, seine Fähigkeiten einsetzt und Ratschläge befolgt. Die Rolle des Fürsorgers beschreibt Salomon als die eines Führers, dessen Persönlichkeit das wichtigste Mittel sei, um Einfluss auf den Klienten zu nehmen (vgl. Salomon 1926, 60, zit. n. Müller 2013, 64).

Bereits bis zu diesem Punkt der Geschichte wurden wichtige Aspekte der Einzelfallhilfe von Richmond und Salomon genannt, die auch heute für die individuellen Hilfen/die Beratung in der Sozialen Arbeit so oder so ähnlich gültig sind. Peter Pantuček etwa kommt zu dem Schluss:

„Wir finden in der Herangehensweise der Charity Organisation Society bereits einige wesentliche Züge individualisierender Hilfen, des ‚case work‘ [...]: Eine Entwicklung der Methode, die Thematisierung der Unterschiede in den je spezifischen und individuellen Lebenslagen, das Prinzip der Beschäftigung mit der Lebenssituation der Betroffenen und den Vorrang der Selbsthilfe, der Aktivierung der sozialen Umfelds der Betroffenen, der Kooperation und Koordination verschiedener Hilfeleistungen.“ (Pantuček 1998, 30)

Speziell bezogen auf die Beratung in der Sozialen Arbeit komme ich ebenfalls zu diesem Ergebnis. Die von Dewe und Schwarz herausgearbeiteten zentralen Interventionsformen der Beratung, auf die im Laufe der Arbeit noch gesondert eingegangen wird, „Perspektivwechsel“, „Wissensvermittlung“, „Ressourcenaktivierung“ und „anwaltschaftliche Hilfen“ sind in weiten Teilen mit den Prinzipien Richmonds und Salomons kongruent (vgl. Dewe/Schwarz 2013, 80 f.). Der Grundsatz, die einzelne Person vor dem Hintergrund ihrer sozialen Lebensumstände und den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu betrachten, ist in der Beratung ebenfalls eine wichtige Maxime, genauso wie die Vernetzung und Kooperation mit anderen Hilfen (vgl. Thiersch 2014, 702 f.). Auch die von Richmond geforderte Hilfe zur Selbsthilfe ist auch heute noch ein wichtiges Grundprinzip. Expliziert beispielsweise im Empowermentansatz, auch wenn sich

¹¹ An anderer Stelle in der Literatur wird allerdings betont, die „methodischen Anweisungen für die ‚Therapie‘, also die Heilung der ‚sozialen Krankheit‘“ seien bei Salomon im vagen gehalten (Pantuček 1998, 33).

dieser mit Sicherheit in vielen Teilen deutlich unterscheidet von dem normativen und expertokratisch geprägtem Hilfeverständnis Richmonds. Die „Blindheit für die gesellschaftliche Produktion von Armut und individuellen Notlagen, die Zurechnung von Schuld an die Betroffenen, ihre moralisierende Kontrolle“ (vgl. Pantuček 1998, 30) der damaligen Hilfen sollen hier keineswegs beschönigt werden. Und doch bemerkt Pantuček:

„Es mag vielleicht paradox klingen, aber die Verweigerung der COS, Hilfe ohne Überprüfung der Situation zu geben, und ihr Bestehen auf Eigenleistungen der KlientInnen sind noch heute Voraussetzungen für nicht-entmündigende Sozialarbeitsmethodik“ (Pantuček 1998, 31).

Neben den eben angeführten Übereinstimmungen der Interventionsstrategien und Grundprinzipien erkannte Salomon außerdem die Persönlichkeit des*der Fürsorgers*Fürsorgerin und die vertrauensvolle Beziehung zwischen Klient*in und Fürsorger*in als äußerst bedeutsames Instrument für den Hilfeprozess (vgl. auch Pantuček 1998, 33). Beides gilt auch heute noch als essentiell für den Hilfeprozess (zur Person von Berater*innen vgl. Thiersch 2014, 706; zur Beratungsbeziehung vgl. Nestmann 2014, 793).

Der von Salomon etwas vernachlässigte Bereich der methodischen Fragen stand im Fokus der Arbeit von Siddy Wronsky, der Geschäftsführerin des Archivs für Wohlfahrtspflege und zeitweiligen Weggefährtin von Salomon. In ihrem methodischen Konzept griff sie auf den medizinischen Dreischritt von Anamnese (Analyse), Diagnose und Behandlung zurück. Mit der Orientierung an den Ansätzen Sigmund Freuds (Psychoanalyse) und Alfred Adlers (Individualpsychologie) wurde nun vermehrt die Biografie anstelle der aktuellen sozialen Eingebundenheit der Adressat*innen fokussiert und die „Grenzen zu therapeutischen Ansätzen begannen zu verschwimmen.“ (Pantuček 1998, 33). Zwar hatten Wronskys methodische Überlegungen keinen großen Einfluss auf die praktizierte Fürsorge in Deutschland (vgl. Pantuček 1998, 33), aber für das Ziel, das Verhältnis zwischen Psychotherapie und Beratung in der Sozialen Arbeit aufzuschlüsseln, sind ihre Studien bemerkenswert, zeigen sie doch die expliziten Bezugnahmen der Beratung auf psychotherapeutische Konzepte.

Auch in den USA wurde die Entwicklung der Social Case Work weiter vorangetrieben, ebenfalls deutlich geprägt von Erkenntnissen und Methodiken der (Tiefen-)Psychologie und der Psychoanalyse. Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene, Biografie und frühe Kindheit wurden in den Mittelpunkt gerückt und für die noch immer bestehende Aufgabe der Hilfe zur Selbsthilfe galten das helfende Gespräch und die Beziehung als zentrales Moment (vgl. Pantuček 1998, 33 f.). Im Lichte dieser Individualisierung und Psychologisierung der Hilfen entwickelten sich ab den 20er und 30er Jahren in den USA verschiedene Schulen und Ansätze für die Einzelfallhilfe. Diese bestimmten auch die

deutsche Auseinandersetzung mit der Einzelfallhilfe bis in die 70er Jahre maßgeblich, besonders nachdem man nach überstandener Nazi-Diktatur und erster Bewältigung der Kriegsfolgen, Wunsch und Kapazitäten für eine theoretische und methodische Neuorientierung hatte (vgl. Wendt 2019, 70; Pantuček 1998, 38).

Für die „diagnostische Schule“ war die Hilfe vor allem Hilfe zur Entwicklung der Persönlichkeit, denn die Veränderung der Lebensbedingungen der Klient*innen verorteten ihre Vertreter außerhalb des Case Works. Daher rückte die Beziehungsgestaltung deutlich in den Vordergrund und die akzeptierende Grundhaltung, Respekt vor der Autonomie und den Rechten der Klient*innen, der Verzicht auf Moralisieren, Druck und Zwang wurden die Grundsäulen der diagnostischen Schule. Die akribische Sammlung von Klient*innendaten wurde abgelehnt, was einen deutlichen Kontrast zu der bisherigen Arbeitsweise der COS darstellte und eine Entwicklung hin zur stärkeren Parteilichkeit für die Klient*innen erkennbar werden ließ. Mit der explizit geforderten Zustimmung der Klient*innen zur Hilfe, rückte die Soziale Arbeit von autoritären Hilfskonzepten ab und wandte sich hin zu einem Menschenrechtsberuf. Die andere Seite der Medaille allerdings war die Vernachlässigung äußerer Umweltfaktoren. Die radikale Individualisierung und Psychologisierung hatte zur Folge, dass Probleme und ihre Ursachen konsequent in der Person der Individuen verortet wurden und gesellschaftliches Elend als legitime Auslöser für Schwierigkeiten ausgeklammert wurde (vgl. Pantuček 1998, 34 f.).

Nach der diagnostischen Schule, die sich vor allem an der Arbeit von Sigmund Freud orientierte, traten drei weitere Schulen/Ansätze auf. Die „funktionale Schule“, der „psychosoziale Ansatz“ sowie der „problemlösende Ansatz“. Allen Ansätzen ist die ethische Forderung gemeinsam, die Adressat*innen als selbstbestimmte Personen zu behandeln, die Träger*innen von Eigenkräften sind und denen mit akzeptierender Haltung begegnet werden muss. Zudem strukturieren alle Schulen den Hilfeprozess, wie auch schon Wronsky, in die Phasen der Fallstudie/Anamnese, Soziale Diagnose und Intervention/Behandlung (vgl. Galuske 2013, 87 ff.). Auch heute werden verschiedene Struktur- und Phasenmodelle der Beratung beschrieben und genutzt, die mal ganz konkret, mal entfernter an den medizinischen Dreischritt erinnern (zur Strukturierung des Beratungsprozesses vgl. Thiersch 1992, 130), meist aber um weitere Komponente ergänzt (z.B. mit der Orientierungsphase am Anfang oder der Evaluation am Ende). Zu betonen ist allerdings, dass es heute weniger um das Expertentum der Berater*innen geht, wie es das medizinische Modell nahelegt, sondern um gemeinsame Aushandlung, Kontraktbildung

und eine dialogische Umsetzung (vgl. Dewe/Schwarz 2013/96 ff.; vgl. Pantuček 1998, 52 f.; Thiersch 2007, 705). Doch zurück zu den verschiedenen Schulen des Case Work:

Der „psychosoziale Ansatz“, eingeführt von Florence Hollis, ist eine Weiterentwicklung der eben beschriebenen diagnostischen Schule. Während die diagnostische Schule in der psychoanalytischen Tradition immer noch großen Wert auf eine umfassende Ermittlung der biografischen Geschichte der Klient*innen legte, sah die psychosoziale Schule von dieser detaillierten biografischen Arbeit ab. Zwar waren eine ausführliche Anamnese und Diagnose auch hier zentral, um zu einer Intervention zu gelangen, allerdings weniger auf die lückenlose Erfassung der Biografie, sondern mehr auf die komplexe aktuelle Situation des*der Klient*in bezogen. Probleme wurden nicht ausschließlich den Personen zugeschrieben, sondern dem Gefüge der „Person-in-der-Situation“. Dieses Gefüge, bestehend aus dem familiären Hintergrund, der Arbeits- und Wohnsituation etc., sei auch Ort der Lösung. Hilfe wurde, wie auch schon bei Salomon, sowohl als Anpassung der Persönlichkeit als auch als Anpassung der äußeren Situation begriffen mit dem Ziel der persönlichen Entfaltung und der Verbesserung des Wohlbefindens. Der psychosoziale Ansatz griff, wie auch die diagnostische Schule, auf psychoanalytische Konzepte zurück, durch die Modifikationen liegen aber systemische Vorgehensweisen nahe (vgl. Galuske 2013, 85; Wendt 2019, 70). Durch die Betrachtungsweise der „Person-in-der-Situation“ erinnert der psychosoziale Ansatz an die Lebensweltorientierung von Hans Thiersch.

Der „funktionale Ansatz“ wurde von Jessie Taft, Virginia Robinson und dem Psychoanalytiker Otto Rank geprägt und grenzte sich von dem deterministischen Menschenbild der klassischen Psychoanalyse und der diagnostischen Schule deutlich ab, wobei auch hier die Individualisierung nicht in Frage gestellt wurde. Rank, ein Schüler Freuds, betonte in seinen psychologischen Theorien die menschliche Fähigkeit zum psychischen Wachstum und verwendete eine Wachstumsmethaphorik in Anlehnung an die humanistische Psychologie (vgl. Galuske 2013, 85). Ruth Smalley, eine weitere bedeutende Vertreterin des funktionalen Ansatzes, fasst den Ansatz in Abgrenzung zur diagnostischen Schule wie folgt zusammen:

„Die diagnostische Schule arbeitete mit der Psychologie der Krankheit, wobei der Sozialarbeiter für die Diagnose und die Behandlung eines pathologischen Zustandes verantwortlich war und selbst den Ausgangspunkt für die notwendige Veränderung bildete. Bei der funktionellen Konzeption ging man von der Psychologie des Wachstums aus und sah den Kristallisationspunkt der Veränderung nicht im Sozialarbeiter, sondern im Klienten. Der Sozialarbeiter trat in eine Beziehung zum Klienten, die dessen eigene Fähigkeit zur Entscheidung und zum Wachstum freisetzte. Die funktionelle Schule bezeichnete ihre Methode als helfend, während die diagnostische von behandeln und Behandlung sprach“ (Smalley 1977, 91 f., zit. nach Galuske 2013, 85)

Neben der Kritik an der diagnostischen Schule greift Smalleys Zitat die Bedeutung der Beziehung auf. Dem Zeitgeist entsprechend war auch für die funktionale Schule das Mittel der Beziehung zentral, mit deren Hilfe die Klient*innen Entscheidungen treffen können, um das Ziel, mit dem sie sich identifizieren, zu erreichen (vgl. Galuske 2013, 85). Allerdings war die bloße Zielerreichung aus Sicht der funktionalen Schule nicht mit Professionalität gleichzusetzen, die Professionalität wurde eher in der „guten“ Gestaltung des Hilfeprozesses verortet.

„Heute würde man von einer Betonung der Prozeßqualität [sic] sozialarbeiterischer Dienstleistungen sprechen, die durch Selbstreflexion und Supervision gesichert werden soll. Der funktionelle Ansatz versteht SozialarbeiterInnen als AgentInnen der Gesellschaft, die mit Personen an deren Rand verhandeln, sie aber zur Integration nicht zwingen.“ (Pantuček 1998, 36)

Dieser von Pantuček erwähnte „Dienstleistungsaspekt“ war den Vertretern der funktionalen Schule sehr wichtig. Die Soziale Arbeit, ihre Institutionen und die zur Verfügung stehenden Ressourcen wurden als Manifestation der gesellschaftlichen Entscheidung verstanden, mit bedürftigen und marginalisierten Personen in Kontakt zu bleiben (vgl. Pantuček 1998, 35).

Der „problemlösende Ansatz“, vertreten vor allem durch Helen Harris Perlman, war für die deutsche Rezeption der amerikanischen Einzelfallhilfe am bedeutsamsten. Der Ansatz kombinierte Aspekte der vorher genannten Ansätze und bezog die angebotene Hilfe nicht nur auf Einzelpersonen, sondern auch auf Familienverbände. Die grundsätzliche Annahme bestand darin, dass der Mensch ein Wesen ist, dessen Lebensführung permanent aus der Lösung von Problemen besteht. Hilfsbedürftigkeit trete dann auf, wenn seine Fähigkeiten und Ressourcen zur Problemlösung nicht (mehr) ausreichen bzw. ein Faktor zur Problemlösung fehle: Das könne einerseits die Motivation zur Befassung mit dem Problem sein, andererseits die Möglichkeit, um Mittel und Wege zur Problemlösung zu finden, oder eben die eben benannten Fähigkeiten. Aus dieser Annahme resultieren die Aufgaben der professionell Helfenden aus der Sicht des problemlösenden Ansatzes, nämlich motivieren, befähigen sowie die Erschließung von Ressourcen (vgl. Galuske 2013, 86; Wendt 2019, 70). Der Fokus auf die Problemlösung und die dafür notwendigen Voraussetzungen findet sich auch heute noch in der für die Beratung wichtigen Lebensweltorientierung wieder, die den Respekt vor den Bewältigungsleistungen der Adressat*innen unterstreicht (vgl. Thiersch 2007, 700).

Aus der Entwicklungsgeschichte der Einzelfallhilfe zeigt sich ihr, aus heutiger Sicht, diffiziles Verhältnis zur Psychotherapie und ihren Einflussnahmen. So gibt die Historie der Case Work Schulen zunächst den Blick auf die Genese vieler sozialarbeiterischer

Prinzipien frei, die auch heute noch in der Beratung valide sind. Die Einzelfallhilfe als Geburtsort der Beratung in der Sozialen Arbeit zu betrachten, scheint daher angemessen. In allen Schulen findet man die Phasigkeit der Beratung und die Beziehung und Kommunikation als Mittel zur Veränderung. Die oft benannte „Hilfe zur Selbsthilfe“, der Respekt vor den Eigenkräften und der Eigenwilligkeit der Adressat*innen sind ebenfalls noch heute in der Beratung zu finden. Die Auffassung der Sozialen Arbeit als gesellschaftlicher Akteur und das Augenmerk auf eine professionelle Prozessgestaltung der Hilfe, besonders herausgestellt in der funktionalen Schule, sowie die Beachtung des Lebensumfeldes der Adressat*innen, die sich vor allem im psychosozialen Ansatz findet, gehören hier ebenfalls mit dazu. Aber gleichzeitig ist die Entwicklung der Einzelfallhilfe auch die Zeit, in dem die Grenzen zwischen Case Work und Psychotherapie stark verschwimmen. Am drastischsten geschieht dies wohl in der diagnostischen Schule, doch auch in den anderen Ansätzen geht mit der Fokussierung auf das Seelenleben und Persönlichkeit der Adressat*innen die Betrachtung der gesellschaftlichen Bedingungen unter. Heute aber gilt die politische und gesellschaftliche Dimension als wichtiger Aspekt für die Beratung in der Sozialen Arbeit; die kritische Reflektion gesellschaftlicher Rahmenbedingungen hat sich die Soziale Arbeit allerdings erst später erarbeitet (siehe unten). Gleichwohl ist zu betonen, dass sich Dank der „psychologistischen“ Phase der Einzelfallhilfe wichtige Erkenntnisse und Prämissen ausformulieren konnten, auf die wir auch heute noch in der Beratung zurückgreifen. Die „Ausformulierung einer Technologie des Gesprächs“ (Pantuček 1998, 36), der Stellenwert der Beziehung zwischen Klient*in und Sozialarbeiter*in sowie das Wissen um die Wichtigkeit von Selbstkontrolle und Selbstreflektion der Berater*innen und die Betonung der Autonomie von Adressat*innen konnten sich dank der psychotherapeutischen Einflüsse fest etablieren und sind für die Beratung heute noch wichtige Erkenntnisse (vgl. Pantuček 1998, 36).

Die 70er bis 90er Jahre standen ganz unter dem Einfluss der um sich greifenden gesellschaftlichen Veränderungen. Faktoren wie die fortschreitende Individualisierung, der Anstieg an individueller Mobilität, zunehmende Erwerbstätigkeit der Frauen und die Fragmentierung der traditionellen gesellschaftlichen Klassen führten zu einem neuerlichen Verfall alter Sicherheiten. Der Ausbau und Wandel des Sozialwesens, insbesondere die Ausweitung von Beratungsangeboten, waren die Folge (vgl. Pantuček 1998, 47). Auch für die Diskurse in der Sozialen Arbeit war dies eine bewegte Zeit. Zwischen 1968 und 1975 wurden die „klassischen Methoden“ Einzelfallhilfe, Gruppenarbeit und Gemeinwesenarbeit einer gründlichen Kritik unterzogen und letztlich als

unwissenschaftlich befunden. Inhaltlich bezog sich die Kritik, wie schon oben angedeutet, auf die systemstabilisierende und herrschaftserhaltende Funktion der Sozialen Arbeit, die vor allem der Einzelfallhilfe vorgeworfen wurde. Armut ebenso wie soziale und emotionale Schwierigkeiten würden im Rahmen der Einzelfallhilfe den Individuen zur Last gelegt. Damit einhergehend wurde auch die psychologisierende Diktion der Methodenliteratur beanstandet, auch weil mit der psychoanalytischen Prägung die soziale Lage von Adressat*inne in Veröffentlichungen kaum beachtet wurde (vgl. Pantuček 1998, 48). In der Folge wurden die traditionellen Methoden von neuen Methoden abgelöst (unter anderem von der Beratung); heute werden die klassischen Methoden üblicherweise „Arbeitsform“ genannt (vgl. Schilling/Zeller 2010, 213 f.). Doch noch ein weiteres (gewissermaßen entgegengesetztes) Phänomen spielte für die Auseinandersetzung mit Methoden und deren Anwendungen in der Sozialen Arbeit eine Rolle, nämlich eine Entwicklung, die gemeinhin als „Psychoboom“ oder „Therapeutisierung“ bekannt ist: Durch den oben beschriebenen gesellschaftlichen Wandel und die damit einhergehende Verunsicherung des Einzelnen wuchs der Bedarf an Hilfen, Erklärungsmodellen und Beratungsangeboten. Dies wurde einerseits von den esoterischen Sektoren, andererseits auch durch die sich ausdifferenzierende seriöse Psychotherapie beantwortet. Auch die Soziale Arbeit wurde ab den 80ern von diesem Trend ergriffen; denn die vorangegangene radikale Methodenkritik beraubte sie zunächst ihrer theoretischen und methodischen Fundierung und so wurden, um der Orientierungslosigkeit zu begegnen, verstärkt psychotherapeutische Methoden aufgegriffen (vgl. Pantuček 1998, 58).

„Die soziologisch orientierte Kritik hatte genau jene Entwicklung des Handwerkszeugs der Fallarbeit blockiert, die von den neuen psychotherapeutischen Schulen vorangetrieben wurde.“ (Pantuček 1998, 58)

Die Grenze zwischen Sozialer Arbeit und Psychotherapie, obgleich nie ganz trennscharf, wurde immer diffuser. Nicht nur durch die Integration psychotherapeutischer Methoden in der Sozialen Arbeit, sondern auch umgekehrt dadurch, dass psychotherapeutische Schulen sich an dem sozialarbeiterischen Methodenrepertoire bedienten und sich für Klient*innengruppen und Probleme zu interessieren begannen, die vormals eher der Sozialen Arbeit zugeordnet wurden. In der Sozialen Arbeit nahmen therapeutische Weiterbildungsangebote einen großen Stellenwert ein und viele Autor*innen arbeiteten daran, die verschiedenen psychotherapeutischen Ansätze für die Soziale Arbeit nutzbar zu machen (vor allem systemische Therapie und Personzentrierte Psychotherapie nach Rogers) (vgl. Pantuček 1998, 58). Die Nützlichkeit von therapeutischen Gesprächstechniken und Interventionen in der Beratung stand nun abermals der

Vernachlässigung des gesellschaftlichen Zusammenhangs und der Lebenswelt der Klient*innen gegenüber. Allerdings wurde auch an anderer Stelle daran gearbeitet, das „Theorie- und Methodenvakuum“, welches durch die Methodenkritik hinterlassen wurde, aufzufüllen, und zwar nicht durch die Übernahme therapeutischer Konzepte, sondern durch die Ausformulierung neuer theoretischer Grundlagen für die Sozialpädagogik/Soziale Arbeit. Verbunden mit dieser Zeit ist auch der Begriff der „Alltagswende“, er bezeichnet den Zeitpunkt, an dem die Soziale Arbeit der Forderung aus den eigenen Reihen nachkommt, sich in der Theoriebildung und Praxis dem Alltag und der Lebenswelt der Adressat*innen zuzuwenden. Diese Forderung entstand vor dem Hintergrund, dass bis zu diesem Zeitpunkt die lebensweltlichen Deutungsmuster von den Bezugswissenschaften ausgegrenzt und damit auch nicht theoretisch, konzeptionell oder handlungsleitend in Soziale Arbeit und die professionelle Beratung einbezogen wurden. Zwar waren der Alltag und die Alltagsprobleme der Klient*innen schon immer Thema in der professionellen Beratung, bereits Richmond und Salomon entwickelten ihre professionellen Vorgehensweisen aus der Alltäglichkeit ihrer Klient*innen. Doch die bisher vor allem psychologisch/psychotherapeutisch begründete Beratung, die ihr Wissen aus einer alltagsfernen Wissenschaft bezog, musste das Beratungsgeschehen aus dem Alltag der Adressat*innen herausheben. Daher wurde im wissenschaftlichen Diskurs verlangt, sich dem Alltag zuzuwenden. Der wichtigste Protagonist der Alltagswende war Hans Thiersch. Seine Theorie der Alltags- und Lebensweltorientierung, welche 1978 das erste mal publiziert wurde, konstatiert die Notwendigkeit für die Soziale Arbeit, die Selbstdeutungen und Problembewältigungsversuche der Adressat*innen mit Respekt anzuerkennen, die Adressat*innen in ihren Lebensverhältnissen zu sehen und in ihren vorhandenen und nicht vorhandenen Ressourcen, Kompetenzen, gesellschaftlichen Möglichkeiten, Anforderungen und Zumutungen. Vor dem Hintergrund der Bewältigungsleistungen und Eigenarten der Adressat*innen soll die lebensweltorientierte Soziale Arbeit Ressourcen eröffnen und stärken sowie Optionen für das Ziel eines gelingenderen Alltags verhandeln (vgl. Grunwald/Thiersch 2018, 906). Mit dem 8. Jugendbericht der Bundesregierung 1990 erlangte das Konzept einen hohen Bekanntheitsgrad. Heute wird es in fast allen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit diskutiert – auch bezüglich der Beratung: Das Verdienst von Hans Thiersch, Anne Frommann und Dieter Schramm war es, die Beratung und ihre sich ausdifferenzierenden Formen und Arbeitsfelder als „Sozialpädagogische Beratung“ zu rahmen und sie so explizit der Sozialpädagogik disziplinar zuzuordnen (vgl. Sickendiek/Engel/Nestmann 2008, 157; 163 f.). „Beratung als Handlungsform bekam

damit ein eigenständiges, in der Lebenswelttheorie verankertes *Konzept*, das sich von einer rein therapeutischen Begründung deutlich unterscheidet.“ (Bauer/Weinhardt 2014, 9)¹².

Die Weiterentwicklung der Beratung in der Sozialen Arbeit hält bis heute an. Ein Ergebnis dieses Beratungsdiskurses ist zum Beispiel die Annahme verschiedener Formalisierungs- und Institutionalisierungsgrade der Beratung, wie auch das nachfolgenden Kapitel beschreibt. Die aktuellsten Bestrebungen zielen dahin, die Beratung aus ihrer bisherigen „disziplinären Verortung zu lösen, sie also nicht psychologisch oder sozialpädagogisch zu rahmen, sondern auf das weit gefasste Feld der Sozialen Arbeit zu beziehen“ (Bauer/Weinhardt 2014, 9). Für die Entwicklung der Beratung ist dies eine wichtige Zukunftsperspektive. Im Rahmen dieser Arbeit aber möchte ich mich, anstatt die neueren Bemühungen um eine eigenständige Beratungswissenschaft zu vertiefen, die als Bezugswissenschaft der Sozialen Arbeit dienlich sein könnte, auf die Beschreibung der Beratung fokussieren, so wie sie derzeit in der Sozialen Arbeit theoretisch und methodisch begründet und umgesetzt wird.

2.3 Institutionalisierungs- und Formalisierungsgrade von Beratung

Heute wird angenommen, dass sich Beratung auf einem Kontinuum von privater, niedrighschwelliger und wenig formalisierter Beratung bis hin zu stark formalisierter und institutionalisierter Beratung bewegt (vgl. Bauer/Weinhardt 2014, 9). Die Arbeit von Sickendiek, Nestmann und Engel (2008) schlägt drei idealtypische Formalisierungs- und Institutionalisierungsgrade von Beratung vor:

Beratung findet statt als...		
1. informelle alltägliche Beratung im privaten oder halbprivaten Netzwerk von Personen (Familie, Freund*innen, Kollegium etc.).	2. halbformalisierte Beratung als Querschnittsaufgabe in der Sozialen Arbeit; die Angesprochenen treten in ihrer professionellen Rolle als Sozialarbeiter*innen auf.	3. ausgewiesene und stark formalisierte Beratung von professionellen Berater*innen mit expliziten Beratungskompetenzen in Beratungsstellen, Sprechstunden o.ä.

Tabelle 1: Formalisierungsgrade der Beratung (modifiz. nach Sickendiek/Engel/Nestmann 2008, 23)

Informelle/nicht-professionelle Beratung, beschrieben in der ersten Spalte, wird zum Beispiel im Rahmen von Netzwerkarbeit und Netzwerkkinterventionen diskutiert,

¹² Je nach Autor*in wird die Beratung als Methode innerhalb der Arbeitsform Einzelfallhilfe (vgl. Schilling/Zeller 2010, 213 f.) oder aber als Handlungsform gefasst (vgl. Thiersch 2014, 207).

Stichwörter sind etwa „natürliche Hilfen“ (Nestmann 1988) oder „soziale Unterstützung“ (Röhrle 1983). Punkt 2. der obigen Darstellung beinhaltet die Perspektive auf Beratung als Querschnittsaufgabe jedes Arbeitsfelds der Sozialen Arbeit und als notwendige Grundkompetenz von Sozialarbeiter*innen. Diese Art der Beratung wird auch funktionale Beratung genannt, ein weiterer Begriff ist die „Tür-und-Angel-Beratung“ (vgl. Belardi 2007, 39; Bauer/Weinhardt 2014, 9). Die dritte Spalte beschreibt die Form der Beratung, um die es in dieser Arbeit geht. Beratung ist hier sowohl Handlungsform/Methode als auch Arbeitsfeld, findet in einer spezifischen Institution statt und richtet sich oft an eine spezielle Zielgruppe. Beispiele für diese institutionalisierte, formalisierte Beratung in der Sozialen Arbeit sind Erziehungs- und Familienberatung, Drogen- und Suchtberatung, Schuldnerberatung, Schwangerschaftskonflikt-Beratung oder Beratung im Arbeitsfeld der Migration (vgl. Sickendiek/Engel/Nestmann 2008, 22 f.).

Die drei Formalisierungsgrade der Beratung zeigen nicht nur, in welchen Formen Beratung in der Sozialen Arbeit gegenwärtig eine Rolle spielt, sondern repräsentieren gleichzeitig auch die Entwicklungsschritte unserer Gesellschaft. Wie im vorangegangenen Kapitel beschrieben, ist die moderne Gesellschaft, je ausdifferenzierter und arbeitsteiliger sie strukturiert ist, neben Alltags- und Lebenserfahrungen mehr und mehr angewiesen auf spezialisierte Beratungshilfen unterschiedlicher Grade. Dabei spielen Fachwissen und eine fundierte Ausbildung eine große Rolle zur Legitimation der Berater*innen und ihrer Kompetenz (vgl. Sickendiek/Engel/Nestmann 2008, 23). Ich möchte anfügen, dass daher auch eine starke Rückbindung an die Profession wichtig ist (was man auch an der Professionalisierungsdebatte der Sozialen Arbeit erkennen kann), weshalb ich im folgenden Kapitel die Beratung vor dem Hintergrund allgemeiner Aufgaben und Ziele der Sozialen Arbeit erläutern werde.

2.4 Allgemeine Aufgaben und Ziele der Sozialen Arbeit

Eine Feststellung Thierschs, die auch Eingang in meine Definition zur Beratung in der Sozialen Arbeit gefunden hat, lautet:

„Die spezifischen Aufgaben und Möglichkeiten von professioneller Beratung in der Sozialen Arbeit bestimmen sich im Kontext der allgemeinen Aufgaben der Sozialen Arbeit“
(Thiersch 2007, 117)

Ich möchte in diesem Kapitel jenen „allgemeinen Aufgaben“, erweitert auf allgemeine Grundprinzipien und Ziele der Sozialen Arbeit, Raum geben. Ich unterstreiche damit die Verortung der Beratung in der Sozialen Arbeit und schaffe ein Fundament für die nachfolgenden Kapitel über die Rahmenbedingungen der Beratung und die Lebensweltorientierung als theoretische Fundierung.

Die Internationale Definition der Sozialen Arbeit fasst die wichtigsten Grundprinzipien der Sozialen Arbeit zusammen. Sie wurde von der International Federation of Social Workers (IFSW) 2014 beschlossen und vom Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH) in folgender deutscher Übersetzung veröffentlicht:

„Soziale Arbeit fördert als praxisorientierte Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen. Die Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, die Menschenrechte, die gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt bilden die Grundlage der Sozialen Arbeit. Dabei stützt sie sich auf Theorien der Sozialen Arbeit, der Human- und Sozialwissenschaften und auf indigenes Wissen. Soziale Arbeit befähigt und ermutigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens bewältigen und das Wohlergehen verbessern, dabei bindet sie Strukturen ein.

Diese Definition kann auf nationaler und/oder regionaler Ebene weiter ausgeführt werden.“
(DBSH 2016, o. S.)

Dass die Soziale Arbeit gesellschaftliche Veränderung und soziale Entwicklung unterstützt, heißt, dass sie im „Widerspruch der gesellschaftlichen Verhältnisse [agiert]“ (Thiersch 2007, 117), sich aber auch in der Polarität zwischen Kontrolle einerseits und Hilfe andererseits bewegt. Vor dem Hintergrund des Leitziels der sozialen Gerechtigkeit und der Durchsetzung der Menschenrechte (insbesondere ein Leben in Würde), ist die Soziale Arbeit einer der Repräsentanten des modernen Sozialstaats mit der Aufgabe, Menschen darin zu unterstützen, Bewältigungsaufgaben zu meistern und gesellschaftlich definierten Normen gerecht zu werden (vgl. ebd.). „[Sie] agiert in der Vermittlung zwischen den Ansprüchen der Gesellschaft und des Subjekts, in dem sie [...] primär parteilich ist für dieses Subjekt und seinen Problemen mit der Gesellschaft“ (Thiersch 2007, 117). Dabei setzt die Soziale Arbeit auf die in der Definition erwähnte Autonomie und Selbstbestimmung, also auf Hilfe zur Selbsthilfe und Empowerment (vgl. ebd.).

Um ihre Ziele zu erreichen, bedient sich die Soziale Arbeit eines breiten Spektrums an Grundsätzen, Strategien und Verfahren auf verschiedenen Ebenen des Systems, wobei die Soziale Arbeit in verschiedenen Tätigkeitsfeldern agiert und verschiedene Arbeitsformen und Methoden anwendet. Neben den Arbeitsformen Gruppenarbeit und Gemeinwesenarbeit sowie politischen Interventionen und Fürspracheaktivitäten benennt der DBSH die *Beratung* als eine zentrale Arbeitsform und Methode (vgl. DBSH 2014, 4).

Vor dem Hintergrund dieses „Programms“ der Sozialen Arbeit soll im Folgenden auf die Rahmenbedingungen der Beratung in der Sozialen Arbeit eingegangen werden, insbesondere auf die Aufgabenzuweisung durch unseren Sozialstaat und die Finanzierung.

2.5 Rahmenbedingungen der Beratung in der Sozialen Arbeit

Ich gehe in diesem Kapitel speziell auf die Finanzierung der institutionalisierten Beratung in der Sozialen Arbeit ein, da sich die Beratung in weniger formalisierter Form innerhalb verschiedenster Hilfen abspielt, die entsprechend unterschiedlich finanziert werden.

Die Anspruchsgrundlage und Finanzierung der institutionellen Beratung in der Sozialen Arbeit unterscheiden sich von denen der Psychotherapie. Während die Psychotherapie als Heilverfahren individuell von den Krankenkassen refinanziert wird, gehört die institutionelle Beratung zu einer eigenständigen Säule der psychosozialen Versorgungslandschaft der Bevölkerung. Sie ist im Rahmen von gemeinnützigen Trägern für Ratsuchende in der Regel kostenfrei¹³ und wird durch unterschiedliche Instrumente refinanziert. Die Art der Finanzierung hängt davon ab, ob Adressat*innen auf die Beratung einen individuellen Rechtsanspruch haben oder ob die Beratung ein freiwilliges Angebot der Sozialpolitik an die Bürger*innen ist. Die möglichen Rechtsansprüche und Finanzierungsarten werden in den Gesetzbüchern der jeweiligen Fachbereiche geregelt (vgl. Menne 2014, 1213 f.). Ein Rechtsanspruch auf Beratung besteht beispielsweise bei der Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung gemäß § 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz oder der Erziehungsberatung gemäß § 28 Sozialgesetzbuch VIII.

Angebote ohne individuellen Rechtsanspruch werden zum Großteil über Zuwendungen finanziert. Der Begriff der Zuwendungen ist in § 23 Bundeshaushaltsordnung (BHO) legaldefiniert. Danach sind Zuwendungen Ausgaben und Verpflichtungsermächtigungen für Leistungen an Stellen außerhalb der Bundesverwaltung zur Erfüllung bestimmter Zwecke. Solche dürfen gemäß § 23 BHO nur dann veranschlagt werden, wenn der Bund an der Erfüllung durch solche Stellen ein erhebliches Interesse hat, das ohne die Zuwendungen nicht oder nicht im notwendigen Umfang befriedigt werden kann. Das heißt, zuwendungsfinanzierte Angebote sind freiwillige Angebote des Staates an die Allgemeinheit, abhängig von politischen Entscheidungen und der Haushaltslage, auf die der Einzelne, wie oben bereits ausgeführt, meist keinen Rechtsanspruch hat (vgl. Menne 2014, 1216 f.). Wenn es sich nicht um ein Beratungsangebot mit Rechtsanspruch handelt, gibt es drei Arten der Finanzierung, welche von Trägern kombiniert werden können oder müssen. Sie umfassen erstens die Finanzierung durch eine Landesförderung, zweitens durch kommunale Zuschüsse, jeweils in Form von Anteilsfinanzierung, Festbetragsfinanzierung oder Pauschalierung, und drittens durch trägereigene Mittel aus

¹³ Sozialpädagogische Beratung kann auch als Privatleistung in privaten, gewerblich orientierten Praxen gegen ein von dem*der Klient*in zu entrichtendes Entgelt erbracht werden (vgl. Menne 2014, 1214). Diesen Sonderfall muss ich dieser Arbeit vernachlässigen.

Kirchensteuern, Mitgliedsbeiträgen oder Spenden. In einzelnen Fachbereichen ergeben sich diese Drittmittel auch aus Beratungsgebühren, die von den Ratsuchenden zu entrichten sind. Eine Voraussetzung für den Zugang zu öffentlichen Mitteln für öffentliche und freie Träger ist die Anerkennung als Beratungsstelle bzw. die Erfüllung der landesspezifischen Förderungsrichtlinien. Dazu gehören die Einhaltung spezifischer Qualitätsstandards, das Vorhalten qualifizierter Fachkräfte und die Erfüllung der in den Richtlinien ausgearbeiteten Aufgaben. Das heißt, Beratungsstellen sind in den meisten Fällen abhängig von politischen Entscheidungen sowie an Richtlinien gebunden, die die Ausgestaltung und Kapazitäten des Beratungsangebots mitbestimmen (vgl. Menne 2014, 1213 ff.).

2.6 Theoretische Fundierung

Die Soziale Arbeit stützt sich, wie auch in der internationalen Definition der Sozialen Arbeit festgehalten, auf Theorien der Sozialen Arbeit und ihren Bezugswissenschaften. Für die Beratungen in der Sozialen Arbeit kommen als „Hintergrundfolien“ mehrere Theorien und Beratungskonzepte in Frage. Ich habe mich entschieden, im Folgenden das Konzept der Lebensweltorientierung nach Hans Thiersch darzustellen, wobei sich meine Auswahl wie folgt begründet. Zum einen hat Thiersch selbst die Lebensweltorientierung mit seinen entwickelten Konzepten der „Sozialen Beratung“ und „Sozialpädagogischen Beratung“ auf die Beratung in der Sozialen Arbeit übertragen. Diese haben sich, neben anderen Konzepten, in der Sozialen Arbeit breit durchgesetzt (vgl. Thiersch 2014, 699; Sickendiek/Engel/Nestmann 2008, 164). Zum zweiten exponieren auch andere wichtige Autor*innen wie Sickendiek, Engel und Nestmann die Lebensweltorientierung als Rahmenkonzept für Beratung in der Sozialen Arbeit (vgl. Sickendiek/Engel/Nestmann 2008). Drittens folge ich Thierschs Auffassung, dass sich im Konzept einer lebensweltorientierten Beratung in der Sozialen Arbeit allgemeine Aufgaben und Strukturen der Sozialen Arbeit, in deren Kontext ich die Beratung ja verorte, konkretisieren (vgl. Thiersch 2014, 699). Zuletzt lassen sich wichtige Beratungsmethoden der Sozialen Arbeit, wie die Personzentrierte Beratung und die Systemische Beratung, mit dem Rahmenkonzept der Lebensweltorientierung vereinbaren.¹⁴

2.6.1 Die Lebensweltorientierung nach Hans Thiersch

Die Arbeiten von Thiersch und seinen Kolleg*innen trugen ab 1978 maßgeblich dazu bei, dass der Alltag und die Lebenswelt der Adressat*innen in der Sozialen Arbeit in den Blick

¹⁴ Die genannten Beratungsmethoden werden in dieser Arbeit als Methoden behandelt, auch wenn die Literatur sie zum Teil als eigene Konzepte versteht.

genommen wurde (vgl. Sickendiek/Engel/Nestmann 2008, 157; 163 f.). Vor dem Hintergrund der hermeneutisch-pragmatischen Traditionslinie besteht das theoretische Fundament des Konzepts aus dem phänomenologisch-interaktionistischen Paradigma und der kritischen Alltagstheorie. Anders als die, bis in die 70er Jahren vorherrschenden, psychologisch fundierten (Beratungs-)Konzepte, fußt die Lebensweltorientierung auf der kritischen Analyse sozialer Verhältnisse und Lebenswelten (vgl. Schilling/Klus 2015, 144). Es ist damit gesellschaftlich reflektiert und versucht „als parteinehmende Praxis [...] der Komplexität alltäglicher Problemlagen gerecht zu werden“ (Sickendiek/Engel/Nestmann 2008, 164).

Thiersch selbst umreißt die lebensweltorientierte Soziale Arbeit wie folgt:

„Lebensweltorientierte Soziale Arbeit ist ein Rahmenkonzept, das aus einer spezifischen Rekonstruktion heutiger gesellschaftlicher Strukturen und der in ihr liegenden alltäglichen Lebens- und Bewältigungsaufgaben Konsequenzen für Institutionen und Handlungsmuster der Sozialen Arbeit entwickelt.“ (Thiersch 2014, 700)

In diesem Zitat werden, direkt oder mittelbar, wichtige Punkte/Begriffe der Lebensweltorientierung angesprochen, deren Wesen und Zusammenhänge im Folgenden erläutert werden sollen, namentlich die *heutigen gesellschaftlichen Strukturen*, der *Alltag* und die *Lebenswelt* der Menschen, ihre *Lebens- und Bewältigungsaufgaben* sowie die *Konsequenzen/Ziele* für die Soziale Arbeit.

Die Lebensweltorientierung geht von einer politischen Bedingtheit gesellschaftlicher Verhältnisse und der Sozialen Arbeit aus, wobei die gesellschaftlichen Verhältnisse die konkreten Lebensverhältnisse der Menschen prägen. Neben der politischen Bedingtheit sieht die Lebensweltorientierung die Soziale Arbeit in ihrer Fachlichkeit gleichzeitig als Anwältin der konkreten Veränderung der gesellschaftlichen Strukturen. Dabei richtet sich die Veränderung auf das Durchsetzen sozialer Gerechtigkeit (in Bezug auf Verteilungsgerechtigkeit, Zugangsgerechtigkeit, Recht und politische Partizipation) sowie die Gestaltung von Lebensverhältnissen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Für die Aufgabe, Ungleichheiten in den Lebensverhältnissen der Menschen abzubauen, ist Alltag und Lebenswelt entscheidender Schauplatz (vgl. Grunwald/Thiersch 2018, 907). Die Lebenswelt ist der Ort, an dem gesellschaftliche Vorgaben und Ansprüche vom einzelnen ausgehandelt und umgesetzt werden, also die Wirklichkeit, in der sich ein Mensch schon immer befindet. Dabei ist die Lebenswelt in verschiedene Lebensfelder strukturiert, wie etwa Familie, Arbeit, Bildungseinrichtungen und Öffentlichkeit. In dieser Lebenswelt müssen Menschen, bezogen auf Raum, Zeit und soziale Bezüge, eine Vielzahl von komplexen Alltagsaufgaben bewältigen, die sich auch aus Anforderungen der Gesellschaft ergeben. Um die Aufgaben zu bewältigen, bedienen sich Menschen nun Typisierungen und

Routinen, basierend auf mittelbaren oder unmittelbaren Erfahrungen. Das heißt, sie handeln pragmatisch und nicht analyseorientiert und auf die Art und Weise, wie der Rahmen aus vorhandenen oder fehlenden Ressourcen und Kompetenzen erlaubt. Aus den subjektiven Deutungsmustern leiten Menschen ihre Handlungsstrategien ab und erschaffen sich ihre Wirklichkeit. Die Routinen und Typisierungen geben Halt und Orientierung, gleichzeitig können sie aber auch problematisch sein, nämlich dann, wenn die gesellschaftlichen Aufgaben und Voraussetzungen von Ungleichheit und Verunsicherungen geprägt sind. Die Pragmatik der Lebensbewältigung verhindert nämlich auch, dass Gegebenes hinterfragt wird und Alternativen erprobt oder riskiert werden, so dass durch diese Starrheit Ungerechtigkeiten festgeschrieben oder Leid nicht aufgelöst wird. Dieses Phänomen nennt Thiersch „Pseudokonkretheit“ und übernimmt damit den Begriff von Kosík (1971) (vgl. Thiersch 2014, 700 f.). Dies ist umso bedeutender, als der Alltag der Menschen, in dem Bewältigungshandeln in der Lebenswelt stattfindet, spätestens seit den 1970er Jahren zunehmend geprägt ist von Pluralisierung der Lebensumstände, Individualisierung der Biografien und Unübersichtlichkeit der Lebensverhältnisse. Der Alltag ist von Widersprüchen und Brüchen gezeichnet. Durch die fehlende Rückbindung an Tradition und Bewährtem muss improvisiert und stetig neu ausgehandelt werden, wobei das Bewältigungshandeln anstrengend und ebenfalls widersprüchlich ist und das Risiko des individuellen Scheiterns zunimmt. Das lebensweltliche Verständnis rekonstruiert diese Widersprüchlichkeit der lebensweltlichen Verhältnisse und der gesellschaftlichen Strukturen. Die alltägliche Lebensbewältigung wird als Bemühung verstanden, mit der Widersprüchlichkeit und der Spannung zwischen „sein“ und „sollen“ umzugehen (vgl. Thiersch 2018, 907 ff.).

Vor dem Hintergrund der oben dargestellten Prämissen und der Rekonstruktion von Benachteiligungen, Ausgrenzungen und Ungerechtigkeiten in den verschiedenen Lebensfeldern und Lebenslagen (etwa Armut, Alter, Geschlecht, Ethnie aber auch Schicht- oder Milieuzugehörigkeit) und dem Respekt vor den Bewältigungsleistungen der Adressat*innen und dem allgemeinen Ziel der sozialen Gerechtigkeit, hat die lebensweltorientierte Soziale Arbeit das Ziel, die Adressat*innen bei einem „gelingenderen Alltag“ zu unterstützen. Dies kann auch bedeuten, entgegen eingefahrener Lebensmuster und der Selbstverständlichkeit des Alltages zu agieren (vgl. Thiersch 2014, 701). Thiersch präzisiert:

„Im Zeichen stellvertretender Verantwortung für Gerechtigkeit und Lebensgestaltung vermittelt sie [die Soziale Arbeit] Unterstützung und Lernhilfen, bezogen auf die lebensweltlichen, eigensinnigen Erfahrungen der AdressatInnen von Kompetenz, Sicherheit, Versagung, Resignation und Optionen. In den gegebenen und zu stabilisierenden Ressourcen

stärkt sie die Eigenständigkeit in der Lebensbewältigung; sie sieht die heutigen individualisierten und unterschiedlich entworfenen und verantworteten Lebensläufe und –entwürfe.“ (Thiersch 2014, 701)

Wie das Zitat zeigt, geht es der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit um die Unterstützung in der Art, dass sich Adressat*innen weiterhin als Subjekte ihrer Verhältnisse begreifen können. Das Konzept zielt damit ab auf Hilfe zur Selbsthilfe, Empowerment und Identitätsarbeit und zugleich auf Einmischung in politische und gesellschaftliche Diskussionen sowie Koalitionen mit Politikbereichen, um sich für gute Lebensbedingungen einzusetzen (vgl. May 2010, 49; Thiersch 2014, 702). Aus dieser Programmatik, dem lebensweltorientierten Verständnis des Menschen und der Annahme über politischen/gesellschaftlichen Bedingtheit der Lebensverhältnisse ergeben sich Struktur- und Handlungsmaximen für die Soziale Arbeit:

Die Prinzipien der *Partizipation* und *Integration* ergeben sich aus der Anerkennung der Lebensverhältnisse und Wertschätzung der Bewältigungskompetenzen der Adressat*innen. Das heißt, Adressat*innen haben durch die Partizipation aktiv Teil an der Gestaltung des Hilfeprozesses, während das Prinzip der Integration der Ausgrenzung von Gruppen oder Individuen entgegenwirken soll. Für die Hilfen im Kontext lebensweltlicher Erfahrungen gelten die Prinzipien der *Prävention*, *Alltagsnähe*, *Regionalisierung (Sozialräumlichkeit)* und *Vernetzung* der verschiedenen Angebote. Die Prävention bedeutet die rechtzeitige Stärkung von erwünschten, lebenswerten Verhältnissen sowie frühzeitig stabilisierende Hilfen. Mit Regionalisierung ist die Dezentralisierung von Hilfen gemeint, also die Entwicklung und Umsetzung von kleinräumigen Förder- und Unterstützungskonzepten, die in lokalen Strukturen angesiedelt sind. Die Alltagsnähe bedeutet einerseits die Wahrnehmung der Adressat*innen in ihren Lebenserfahrungen und Deutungsmustern und andererseits die niedrighschwellige Erreichbarkeit der Hilfen (vgl. Thiersch 2014, 702).

Aus dem allgemeinen Konzept der Lebensweltorientierung ergeben sich nun Konsequenzen für die Beratung in der Sozialen Arbeit (vgl. ebd.).

2.6.2 Konsequenzen der Lebensweltorientierung für die Beratung

Laut Thiersch betreffen die Konsequenzen der Lebensweltorientierung für die Beratung in der Sozialen Arbeit insbesondere die institutionelle Organisation von Beratung/Beratungsgelegenheiten, die Strukturierung des Beratungsgeschehens sowie die Anforderungen an Berater*innen. Zunächst betont Thiersch, die Wichtigkeit Institutionen der Sozialen Arbeit derart zu gestalten, dass sich vielfältige informelle Beratungsgelegenheiten ergeben. Ich erinnere an dieser Stelle an die verschiedenen Institutionalisierungs- und Formalisierungsgrade der Beratung, die ich in Kapitel 2.3

dargestellt habe. Aus den Maximen der Lebensweltorientierung und der Anerkennung der Komplexität der Alltagsbewältigung ergeben sich auch für hochformalisierte Beratung, die Notwendigkeit zur Vernetzung und Kooperationen mit anderen Hilfsangeboten und informellen Beratungssettings. Dies kann aber nur dann als Ressource in Erscheinung treten, wenn es nicht zu einer Hierarchisierung von hoch formalisierter und weniger formalisierter Beratung durch die Beteiligten (Institutionen, Berater*innen etc.) kommt. Im Sinne der Niedrigschwelligkeit und Sozialraumorientierung betont die Lebensweltorientierung außerdem die Wichtigkeit von offenen Angeboten innerhalb der Beratungsstellen sowie von Gelegenheiten für Adressat*innen, sich auch außerhalb offizieller Beratungsgespräche zu informieren (vgl. Thiersch 2014, 702 f.).

Als weitere Konsequenz der Lebensweltorientierung für die Beratung konstatiert Thiersch:

„In der Strukturierung von Sozialer Beratung profiliert sich das allgemeine Handlungsmuster von Beratung in spezifischer Weise: also die Phasigkeit des Prozesses, das Problem der stellvertretenden Verantwortung, die Offenheit des Aushandelns und das Verhältnis von Konzept und Methoden, von professionellem Können und Person“ (Thiersch 2014, 703)

Mit Phasigkeit des Beratungsprozesses meint Thiersch den Zusammenhang von „Erkenntnis (Wahrnehmen/Diagnose) von Schwierigkeiten [...], Klärung des Entwurfs von Hilfsmöglichkeiten[...], Unterstützung und Hilfe in der Erschließung von Ressourcen“ (Thiersch 1992, 130). Was die Lebensweltorientierung nun konkret für den Beratungsprozess bedeutet, zeigt die folgende Darstellung der wichtigsten Aspekte:

1. Schwierigkeiten im Zugang verstehen: Aus der lebensweltlichen Perspektive wird deutlich, welche persönliche Kränkung des*der Adressat*in sich hinter dem Aufsuchen einer Beratung verbergen kann. Menschen versuchen in ihrer Lebenswelt ihre alltäglichen Aufgaben zu bewältigen, darin liegt ein gewisser Stolz. Wenn eigene Ressourcen oder Kompetenzen nicht mehr ausreichen, wenden sich Menschen für gewöhnlich an ihr soziales Umfeld, um Rat und Hilfe zu erhalten, ohne sich aber zwangsläufig als Scheiternde exponieren zu müssen. Erst wenn diese Möglichkeit ausgeschöpft ist, oder aber wenn Menschen zu Beratung gedrängt oder genötigt werden, wenden sie sich an eine professionelle Beratung. Dies ist ein Eingeständnis, dass die eigenen Fähigkeiten und Ressourcen nicht mehr ausreichen. Nach Thiersch ist die professionelle Beratung zudem geprägt von einer, ihr immanenten Asymmetrie zwischen Ratsuchenden und Beratenden. Dies führt möglicherweise zu persönlicher Kränkung und Erschütterung, ein Umstand der von der Beratung bedacht und respektiert werden muss. Eine weitere Schwierigkeit kann außerdem auftreten, wenn sich Menschen, in Abwägung ihrer Bewältigungskompetenzen,

nur versuchsweise auf Beratung einlassen, so dass sich die Beratung in der Position sieht, sich in ihrer Brauchbarkeit legitimieren zu müssen (vgl. Thiersch 2014, 703 f.).

2. Eigene Darstellung ermöglichen: Damit eine Beratung hilfreich sein kann, müssen Adressat*innen die Gelegenheit haben, ihre Sicht auf sich selbst und ihre (Problem-)Lage darzustellen oder sich diese zu erarbeiten. Die Lebensweltorientierung verlangt von institutioneller Beratung, genau dafür genügend Freiräume zur Verfügung zu stellen, damit Beratungsmethoden, Abläufe, Maßnahmen und die Art der Dokumentation nicht das Lebensverständnis der Adressat*innen zudecken (vgl. Thiersch 2014, 704).

3. Den Anfang finden: Thiersch fasst die Problematik des Gesprächsanfangs wie folgt zusammen:

„Für den Berater [die Berater*innen] stellt sich im Beginn einer Beratung das Problem, wie er [er*sie] Vertrauen und Kompetenz als Basis für ein gemeinsames Gespräch herstellen kann, sich also im Spiel von Sich-Einlassen, Zuhören, Akzeptieren, Nachfragen und Kompetenz-Zeigen als vertrauenswürdig erweist.“ (Thiersch 2014, 704)

Dabei hebt Thiersch hervor, dass es aufgrund der Widerstände und Unfähigkeiten der Adressat*innen, Probleme zu benennen, und der Schwierigkeit, diese gemeinsam zu entdecken, letztlich auch Zufall und Glück sind, die zu einem erfolgreichen Arbeitsbündnis führen (vgl. Thiersch 2014, 704).

4. Diagnose stellen: Die soziale Diagnose aus Sicht der Lebensweltorientierung erfasst und ordnet die individuelle Situation der Adressat*in in ihren komplexen lebensweltlichen Bezügen. Die Diagnose dient der allgemeinen Klärung der Ausgangssituation sowie der fortlaufend anzupassenden Aufgabenbestimmung. Sie beinhaltet dabei die sozialen, materiellen, zeitlichen und sozialräumlichen Gegebenheiten sowie die Lebensperspektive der Adressat*in, wobei diese unter dem Aspekt der politischen Bedingtheit wie auch der Selbstdeutung der Adressat*in betrachtet werden. Die politische und gesellschaftliche Dimension der Lebenssituation der Adressat*innen beinhaltet die Chance, Klient*innen von persönlichen Zuschreibungen und damit einhergehender Beschämung oder dem Gefühl des Ausgeliefertseins zu entlasten. Die Blickrichtung ist hier abermals Empowerment und das Entdecken eigener Ressourcen und Lösungswege. Dabei ist für die Diagnose in der Beratung entscheidend, dass sie auf Aushandlung zwischen Berater*in und Adressat*in besteht, um die Sicht und Ziele der Adressat*innen nicht zu kolonialisieren (vgl. Thiersch 2014, 704 f.).

5. Hinwendung zu Ressourcen im sozialen Netzwerk: Für die eben beschriebene Diagnose sowie in den Beratungsprozess sollten auch die sozialen Netzwerke der Adressat*innen betrachtet und miteinbezogen werden. Hier liegen nach Thiersch sowohl Ängste und Vorurteile, als auch Ressourcen, die entdeckt und aufgelöst oder nutzbar

gemacht werden wollen. In einigen Beratungssettings ist es notwendig, die Einbeziehung des Umfeldes der Adressat*innen arbeitsteilig zu organisieren, sollten sich die Erwartungen an die Beratung von Adressat*in und sozialem Netzwerk als zu widersprüchlich erweisen (vgl. Thiersch 2014, 705).

6. Nutzen von Beratungsmethoden: Die lebensweltorientierte Beratung zeichnet sich durch eine außerordentliche Komplexität und Vielfältigkeit bezüglich der Aufgaben, der zu bearbeitenden Themen und der möglichen Settings aus. Orientierung und Übersicht innerhalb dieser Offenheit gewährleisteten Instrumente der Strukturierung, weshalb nach Thiersch Berater*innen dazu neigen, sich unterschiedlichster Beratungsmethoden und Techniken zu bedienen. Beratung im allgemeinen und lebensweltorientierte Beratung im speziellen sei daher anfällig für Methodeneklektizismus, der einerseits in seiner Pragmatik wertzuschätzen sei, andererseits aber auch Risiken berge. Verliere die Verwendung vielfältiger Methoden nämlich die Rückbindung an eine grundlegende Handlungsstruktur, dann bestehe die Gefahr, dass sich die verschiedenen Instrumentarien gegenseitig aushebeln und ihre strukturierende Funktion zunichte machen (vgl. Thiersch 2014, 705).

„Es kommt also darauf an, die unterschiedlichen Techniken [...] aufzunehmen und in das weite Konzept sozialer Beratung so einzubauen, dass sie nicht als Selbstzweck genommen werden, von denen man sich eine Garantie des Gelingens erwartet, sondern nur als hilfreiches, aber nachgeordnetes Element zur Präzisierung und Ausschärfung des Beratungsprozesses.“ (Thiersch 2014, 705)

7. Anforderungen an die Berater*innen: Die Beratung im Kontext der Lebensweltorientierung stellt gewisse Anforderungen an die Berater*innen, auf deren Kompetenz Adressat*innen ein Recht haben. Zum einen bestehen diese aus umfassenden Kenntnissen über die heutige Lebenswelt mit ihren Lebensfeldern, zum anderen aus professionellem beraterischen Können. Gleichzeitig aber betont Thiersch, dass es in der Beratung nicht ausschließlich um beraterische Kompetenzen geht, sondern auch um den*die Berater*in als *Person* (vgl. Thiersch 2014, 706). Die glaubwürdige, interessante Person der Berater*innen ist ein wichtiger Wirkfaktor der Beratung, ihr kommt nach Thiersch gerade vor dem Hintergrund der Moderne, eine umso höhere Bedeutung zu, als

„in ihren brüchigen Verhältnissen [...] Lebensmuster, Aufgaben und Optionen nicht mehr selbstverständlich aus sich gelten, sondern durch Erfahrungen und Personen ausgewiesen werden.“ (Thiersch 2014, 706).

Die*der Berater*in muss sich also als Person im Beratungsgeschehen akzeptieren und reflektieren. Letzteres ist wichtige Grundvoraussetzung für professionelle Beratung, damit persönliche Verstrickungen zwischen Berater*innen und Adressat*innen vermieden bzw. zumindest kontrolliert werden können. Dabei nimmt die Gefahr der unerkannten Bindungen, Übertragung und Gegenübertragung zu, je offener und unstrukturierter das

Beratungssetting ist, ist aber auch in der institutionalisierten, hochformalisierten Beratung mit ihren sichernden Mechanismen (Rituale, distanzierte Rollenverteilung, zeitliche Begrenzung etc.) von Bedeutung (vgl. Thiersch 2014, 706).

In Punkt 6. wurden die Beratungsmethoden angesprochen; auf ihre Relevanz, Ausgestaltungen und Arbeitsweisen möchte ich im nächsten Kapitel genauer eingehen.

2.7 Beratungsmethoden

Beratung wird auf Grundlage unterschiedlicher Beratungsschulen und ihrer jeweiligen Methoden durchgeführt, beispielsweise dem Personzentrierten Ansatz, dem kognitiv-behavioristischer Ansatz, dem lösungs- oder ressourcenorientiert Ansatz oder systemischen Ansätzen (vgl. Dewe/Schwarz 2013, 73). Innerhalb dieser Methoden kommen wiederum Verfahren und Techniken zum Einsatz (zum Beispiel zirkuläre Fragen, Motivierende Gesprächsführung, etc.). Nestmann schreibt:

„Letztlich alle Formen einer nicht verletzenden zwischenmenschlichen Kommunikation und Interaktion können potenzielle Beratungsmethoden werden und allein die Beziehung zwischen Berater und Rat Suchendem kann die Rolle einer offenbar sehr wirkungsvollen Unterstützungs- und Veränderungs„methode“ einnehmen.“ (Nestmann 2014, 783)

Welche Beratungsmethoden und –techniken angewendet werden, leitet sich im besten Fall davon ab, welches Beratungskonzept/welche Theorie der*die Berater*in seiner*ihrer Arbeit zu Grunde legt, in welchem Wirkungsfeld die Beratung stattfindet und welche institutionellen Rahmenbedingungen vorherrschen. Gleichzeitig gibt es auch eine Reihe allgemeiner Formen von hilfreicher Kommunikation und Interaktion zwischen Berater*innen und Klient*innen, bzw. Interventionsstrategien, die sich in den meisten Beratungsansätzen identifizieren lassen und eine Rolle spielen (vgl. Nestmann 2014, 783). Die Anwendung von Interventionsstrategien, Methoden und Techniken unterscheidet letztlich Alltagsberatung von professioneller Beratung, in der bewusste, geplante, erprobte und auf ein Ziel ausgerichtete Handlungsweisen angewendet werden. Dennoch warnt die Literatur davor, Methoden „rezeptartig“ anzuwenden. Beratung, wenn es nicht zu einem „technizistischen“ Verständnis von Beratung kommen soll, ist mehr als die Aneinanderreihung von Beratungstechniken (vgl. Nestmann 2014, 784). Ein wichtiges Stichwort ist an dieser Stelle auch das sogenannte „Technologiedefizit“, welches Luhmann für die Erziehung beschreibt (vgl. Luhmann/Schorr 1979; 1982) und das zweifellos auch für die Beratung in der Sozialen Arbeit gilt. Auch hier lassen sich durch die Gleichzeitigkeiten verschiedenster Faktoren keine Kausalitäten zwischen Methode/Technik und Wirkung vorherbestimmen.

Es folgen nun Unterkapitel zu einigen der hier angesprochenen Punkte. Nach den Ausführungen zur Beratungsbeziehung im nächsten Kapitel stelle ich exemplarisch zwei Beratungsmethoden vor, zum einen die Personzentrierte Beratung und zum anderen die Systemische Beratung. Mit der Erläuterung der allgemeinen Interventionsstrategien nach Dewe und Schwarz endet das zweite große Kapitel dieser Arbeit.

2.7.1 Beratungsbeziehung

Wie das Zitat von Nestmann (siehe oben) bereits aufgreift, wird in der Beratung der Beziehung zwischen Berater*in und Ratsuchenden eine außerordentlich wichtige Bedeutung zugeschrieben. Je nach Beratungskonzept und -verständnis kann sie entweder als Methode selbst gelten oder aber „quer“ zu den Methoden liegen. Die Beziehung als elementares Moment wurde bereits in der frühen Entwicklung der Einzelfallhilfe erkannt (zum Beispiel bei Salomon oder Richmond; siehe oben). Auch in der Forschung gilt heute die Beziehung als eine wichtige Wirkgröße für den Beratungserfolg (siehe Kapitel 3.6). Um das Wesen der hilfreichen Beratungsbeziehung zu beschreiben, wird unter anderem auf die Arbeit von Carl Rogers zurückgegriffen. Er nennt die Merkmale Empathie, Wärme und Akzeptanz sowie Authentizität bzw. Kongruenz. Mit Empathie ist die Fähigkeit des Beratenden gemeint, sich in die Gedanken- und Gefühlswelt der Ratsuchenden einzufühlen und das Bemühen, ein tieferes Verständnis für die Emotionen und Handlungsweisen des Gegenübers zu entwickeln und zu pflegen. Die Wärme und Akzeptanz meint, den Ratsuchenden als Person anzunehmen, wertzuschätzen und zu akzeptieren, ohne dass diese Wertschätzung an Bedingungen geknüpft ist. Die Authentizität und Kongruenz heißt, dass der*die Berater*in dem*der Klient*in als integrale Person begegnet und sich nicht verstellt oder sich hinter einer Maske verbirgt. Auch wenn der*die Berater*in in seiner*ihrer Berufsrolle auftritt, ist er*sie im Beratungsprozess als Mensch spürbar. Daher sollte die Kommunikation möglichst unverfälscht und direkt sein und der Umgang miteinander geprägt von Offenheit (Rogers 2009, 46 ff.) Die von Rogers postulierten Beziehungsvariablen werden heute auch in anderen Beziehungskonzepten als Elementar für die Hilfsbeziehung und den Beratungserfolg betrachtet. Sie werden darüber hinaus aber auch durch andere Variablen erweitert. So werden beispielsweise von Carkhuff (1969) als weitere wichtige Beziehungsdimensionen die Unmittelbarkeit, die Konkretetheit sowie die Konfrontation benannt. Die Unmittelbarkeit meint die Fokussierung der Erlebnisse in der aktuellen Beratungsbeziehung im „Hier und Jetzt“. Das heißt nicht, dass Vergangenheit und Zukunft der Ratsuchenden missachtet wird, sondern durch die aktuelle Erfahrung, Selbsterfahrung und Selbstkenntnis ermöglicht wird, so dass Vergangenes verarbeiten und

die Zukunft hilfreich gestalten werden kann. Die Konkretheit meint die unmissverständliche, möglichst spezifische und transparente Haltung und Handlungsweise des*der Beratenden. Getragen von den Rogerschen Beziehungsvariablen sowie von Unmittelbarkeit und Konkretheit ist nach Carkhuff auch die Konfrontation notwendig. Sie ermöglicht die Einordnung von Handlungsweisen und Einstellungen des*der Ratsuchenden sowie seiner*ihrer Wünsche im Gegensatz zur Wirklichkeit, dem Selbst- und Fremdbild. Die konfrontativen Elemente in der Beratungsbeziehung müssen trotz aller Unnachgiebigkeit respektvoll und dürfen nicht verletzend sein (vgl. Nestmann 2014, 792 f.). Neben identifizierbaren Beziehungsvariablen, die in der Literatur beschrieben werden, geht es den meisten Autor*innen besonders um eines: dass es in der Beziehung vor allem um eine echte, persönliche und wahrhaftige Begegnung zweier Subjekte geht. Das Arbeitsbündnis lebt von den ehrlichen Bemühungen des*der Berater*in, den*der Klient*in zu verstehen und zu unterstützen (vgl. Nestmann 2014, 793). Im folgenden Kapitel stelle ich die Personzentrierte Beratung vor – hier wird uns der außerordentliche Stellenwert der Beratungsbeziehung wiederbegegnen.

2.7.2 Personzentrierte Beratung

Die Personzentrierte Beratung, auch als Klientenzentrierte Beratung bekannt¹⁵, ist seit den 60er Jahren ein anerkannter und weit verbreiteter Beratungsansatz (vgl. Straumann 2014, 641). Er geht auf das Konzept von Carl Rogers zurück, dessen Personzentrierte Psychotherapie bereits in Kapitel 1.6.4 beschrieben wurde, und stützt sich auf die von Rogers formulierten Annahmen und Voraussetzungen für den Hilfeprozess. Rogers geht davon aus, dass sich der Menschen von Natur aus zum Positiven entwickeln kann und möchte, wobei diese Selbstaktualisierungstendenzen vor allem dann zum Tragen kommen, wenn sich der Mensch in geeigneten Bedingungen zur Entwicklung befindet. Die zwischenmenschliche Beziehung, im Falle der Beratung die Beziehung zwischen Klient*in und Berater*in, gilt in der Personzentrierten Beratung als die wichtigste Voraussetzung für die positive Entwicklung. Wie diese Rogers zu folge ausgestaltet werden sollte, wurde bereits in vorangegangenen Kapitel erläutert.

Trotz derselben Wurzeln ist die Personzentrierte Beratung als sozialwissenschaftliche Praxis zu unterscheiden von der Personzentrierten Psychotherapie (vgl. Gesellschaft für

¹⁵ Obgleich beide Begriffe oftmals in der Literatur synonym verwendet werden, betont der Begriff „klientenzentriert“ die Rollen von Klient*in und Berater*in innerhalb professionalisierter Beratung. Ein weiterer Begriff ist die „Klientenzentrierte Gesprächsführung“. Er ist kein Synonym für den Ansatz, sondern bezeichnet die Gesprächsintervention innerhalb der Personzentrierten Beratung, er ist daher ein Teilaspekt des Beratungsansatzes (vgl. Sander 2007, 331).

Personzentrierte Beratung und Psychotherapie e.V. 2020, o. S.). Statt Heilbehandlung versteht sich die Personzentrierte Beratung als Ort zur Entscheidungshilfe, Krisenbewältigung, Bewusstseinsbildung sowie Entwicklungs-, Bildungs-, und Lebenshilfe in einer sich schnell verändernden Gesellschaft (Straumann 2014, 642). Daher ist der Beratungsansatz auch problem-, lösungs- und alltagsorientierter als die Personzentrierte Psychotherapie (vgl. Sander 2007, 332 ff.).

Die Personzentrierte Beratung geht davon aus, dass sich durch die Erfahrungen mit sich selbst, den zwischenmenschlichen Beziehungen und den ökologischen, technologischen, wirtschaftlichen, politischen und natürlichen Verhältnissen die eigene, individuelle Realität sowie das innere Bezugssystem der Menschen formt. Um das Verhalten und die Schwierigkeiten der Klient*innen in den Erfahrungsfeldern von Selbst, Beziehung und Lebenswelt verstehen zu können, ist es für Berater*innen elementar, eben jenes innere Bezugssystem sowie die Lebenswelt der Person zu verstehen. In den oft komplexen und unübersichtlichen Strukturen und Systemen, in denen sich Klient*innen zurechtfinden müssen, möchte die Personzentrierte Beratung Orientierung und Halt geben, Zusammenhänge erkennen und transparent machen und als Sozialisationshilfe wirken. Dabei ist die Beratung dialogisch gestaltet und prozessorientiert; Klient*innen werden dabei unterstützt eigene Emotionen, Gedanken und Einstellungen zu erkunden wie auch äußere Problemlagen und Lösungsmöglichkeiten zu explorieren. Im Namen der Hilfe zur Selbsthilfe sollen personale und soziale Kompetenzen wie netzwerkbezogene und materielle Ressourcen mobilisiert und geschützt und die Eigenverantwortlichkeit der Klient*innen geachtet werden. (vgl. Straumann 2014, 641 ff.). Die Interventionsstrategien, die in der Personzentrierten Beratung zur Anwendung kommen, können in die Bereiche a) Information und Orientierung, b) Deutung und Klärung und c) Handlung und Bewältigung eingeordnet werden. Diese Einteilung gibt zugleich einen Hinweis auf die Phasigkeit der Beratung, wobei natürlich nach wie vor Flexibilität innerhalb des Beratungsprozesses notwendig ist. Nach Sander umfassen Interventionen im Bereich der Information und Orientierung die Förderung der Konkretheit der Erfahrungen und Emotionen, Informationsvermittlung und Sachhinweise. Der Bereich der Deutung und Klärung konkretisiert sich durch die Ermutigung zum Perspektivwechsel, das Prüfen von Einstellungen und Verhaltensweisen, die Exploration der Stärken der Klient*innen und die Interventionen, die das Inkongruenzerleben des*der Klient*in erweitern. Im Bereich der Handlung und Bewältigung sind beispielsweise die Entwicklung von Zukunftsprojektionen, Zielformulierungen, Strategieentwicklungen, Verhaltensübungen,

Durchführung neuer Verhaltensweisen, Ermutigung zu verändertem Erleben in neuen Situationen und Hindernis(um)bewertungen möglich. Da einige dieser Elemente auch aus anderen Beratungskonzepten übernommen wurden, ist hier der Hinweis nötig, dass die anzuwendenden Techniken und Methoden nicht dem Person- und Beziehungsverständnis der Personzentrierten Beratung widersprechen dürfen, da sich dieses Beratungsverständnis klar von klassischen Konzepten der Verhaltenskontrolle, -modifikation oder -manipulation abgrenzt (Sander 2007, 333; 341 f.).

Durch die Betonung der Gesellschafts- und Umweltfaktoren der Klient*innen wird deutlich, dass die Beratungsmethode sich nicht nur auf psychologische Theorien und Methoden beziehen kann, sondern sich auch vor dem Hintergrund einer sozialwissenschaftlichen und interaktionstheoretischen Fundierung bestimmen muss (vgl. Straumann 2014, 643). Die in Kapitel 2.6.1 beschriebene Lebensweltorientierung nach Hans Thiersch bietet eine solche Fundierung dank der Parallelen bezüglich der erklärenden wie handlungsleitenden Annahmen. Die wichtigste Übereinstimmung sehe ich in dem Punkt, dass Lebensweltorientierung wie auch Personzentrierte Beratung von den individuellen Deutungsmustern der Klient*innen ausgehen, die es zu verstehen und zu akzeptieren gilt. Gleiches gilt für die Anerkennung des individuellen Erlebens innerhalb der eigenen Lebenswelt. Auch die Netzwerk- und Ressourcenorientierung, dem Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe und die Betonung der Wichtigkeit der Beratungsbeziehung und Erlebbarkeit der Person des*der Berater*in werden sowohl in der Lebensweltorientierung wie auch in der Personzentrierten Beratung aufgenommen. Die in der Lebensweltorientierung aufgegriffene „Pseudokonkretheit“ (Grundwald/Thiersch 2018, 909) von Adressat*innen und ihre Destruktion könnte man zusammenführen mit der Interventionsstrategie der Personzentrierten Beratung, dort wo angezeigt Inkongruenzerleben zu verstärken, um eine Veränderung anzustoßen. Auch in dem Bestreben, Zusammenhänge (auch gesellschaftlicher Art) aufzudecken, persönliches Reflexionsvermögen zu fördern und die Hilfe möglichst individuell und flexibel zu gestalten, sind sich Lebensweltorientierung und Personzentrierte Beratung meines Erachtens einig.

2.7.3 Systemische Beratung

Die systemische Beratung hat ihre Wurzeln in der systemischen Therapie bzw. Familientherapie und wird auch heute vornehmlich in der Familienberatung bzw. Erziehungsberatung eingesetzt (vgl. Sickendiek/Engel/Nestmann 2008, 179; Brunner 2014, 655). Jedoch verbergen sich hinter dem Begriff der „systemischen Beratung“

unterschiedliche, zum Teil auch schwer zu vereinbarende Beratungsansätze. Ihr verbindendes Element ist, Probleme und Konflikte nicht individuumsbezogen oder ausschließlich intrapsychisch zu verorten, sondern sie auf die sozialen Systeme zurückzuführen, innerhalb derer die Schwierigkeiten auftreten. Dabei betrachten die systemischen Beratungsformen in Theorie und Praxis besonders die Kommunikations- und Interaktionsformen der Systeme sowie deren Möglichkeiten zu Veränderungen (Nestmann/Sickendiek 2018, 114).

Die 1967 veröffentlichte Theorie zur menschlichen Kommunikation von Paul Watzlawick, Janet H. Beavin und Don D. Jackson ist in der Pädagogik viel diskutiert (durchaus auch kritisch) und beachtet worden; sie ist für die systemische Beratung von großer Bedeutung. Die Grundannahmen der Forschergruppe ist, dass Verhalten nicht durch das Studium des einzelnen Menschen und der Natur der Psyche erklärbar ist, sondern nur wenn man es als beobachtbare Manifestation der Beziehung zwischen Systemmitgliedern betrachtet. Verhalten erhalte also im Hinblick auf den Kontext und die Wirkung auf andere Personen Bedeutung und Sinn. Die Theorie beinhaltet fünf pragmatische und metakommunikative Axiome:

1. Man kann nicht nicht kommunizieren.
2. Jede Kommunikation hat zwei Ebenen, die des Inhalts und die der Beziehung.
3. Kommunikation ist symmetrisch oder aber komplementär, also gegensätzlich.
4. Verhalten/Kommunikation ist immer Ursache und Wirkung.
5. Man kann unterscheiden zwischen digitaler und analoger Kommunikation, wobei digital nach Watzlawick die verbale Sprache und analog die der Zeichen meint.

Die menschliche Kommunikation in Systemen kann in einem oder mehreren dieser Punkte gestört sein oder sich in Mustern bewegen, die von den Beteiligten als störend empfunden werden. Diese belastenden Muster zu verändern, ist das Ziel der Systemischen Beratung.

Im systemischen Interview werden Symptomatik und das Beziehungsgeschehen ebenso wie Lösungsmöglichkeiten fokussiert. Aufgabe des*der Berater*in ist, gemeinsam mit dem*der Klient*in oder dem Klient*innensystem zu ergründen, welchen Stellenwert das Symptom in der Beziehungskonstellation hat und welche Funktion es dort übernimmt, um das System zu stabilisieren. Weiter werden die Ressourcen des*der Klient*in erfasst und die Fähigkeiten, die bei einer Lösung behilflich sind. Dabei nimmt der*die Berater*in die Haltung ein, dass die Klient*innen selbst die Produzent*innen ihrer Veränderung sind und der*die Berater*in lediglich assistiert. Um die Kommunikation und das zu beratende System zu irritieren und damit zur Veränderung anzuregen, greift die systemische

Beratung auf bestimmte Techniken und Interventionsprinzipien zurück. Das Umdeuten, auch bekannt als „reframing“, bedeutet, die Interpretation von Ereignissen oder Umständen zu verändern und eine andere Sichtweise einzunehmen, die genauso valide ist wie die erste Etikettierung. So sollen neue Ressourcen aktiviert und der Perspektivwechsel eingeübt werden. Gleiches gilt für die Technik des zirkulären Fragens. Die „Symptomverschreibung“ meint, dem*der Klient*in genau das zu verschreiben, was ihr*ihm am wenigsten veränderbar erscheint. Dadurch ist das Verhalten nicht mehr unbewusst und somit gestört, kann also nicht mehr so einfach vollzogen werden. Weitere Beispiele für systemische Interventionen sind Verhaltensverschreibungen, Übertreibungen oder Positivbetonungen des Symptoms (vgl. Gröning 2006, 141 ff.; Brunner 2014, 659).

In der jüngeren Vergangenheit der Systemischen Beratung spielt auch die soziologische Theorie von Niklas Luhmann zu sozialen und psychischen Systemen eine Rolle. Nach Luhmann sind die psychischen Systeme die Menschen mit ihren inneren Prozessen von Emotionen, Gedanken, Ideen und Intentionen. Die Umwelt, die die psychischen Systeme umgibt, sind die sozialen Systeme. Das heißt, Menschen sind nicht Teil der sozialen Systeme, sondern nur das Netzwerk von Kommunikation und Interaktion zwischen ihnen. Dass Individuum und Kommunikation getrennt voneinander angeschaut werden, bietet die Chance, Verhaltensweisen in ihrer Bedeutung und Funktion, nicht aber in ihrer moralischen Dimension zu betrachten (vgl. Gröning 2006, 151). In der modernen Systemtheorie wird zudem davon ausgegangen, dass ein System sich nicht nur durch die Summe der Einzelteile bestimmt, sondern auch durch die Abgrenzungsleistung zur Umwelt. Die Umwelt trägt zwar einen Teil zur Systembildung bei, wird dem System selbst aber nicht zugezählt (vgl. Luhmann 1994, S. 289)

„Als Ausgangspunkt jeder systemtheoretischen Analyse hat ... die Differenz von System und Umwelt zu dienen. Systeme sind nicht nur gelegentlich und adaptiv, sie sind strukturell an ihrer Umwelt orientiert und könnten ohne Umwelt nicht bestehen. Sie konstituieren und sie erhalten sich durch Erzeugung und Erhaltung einer Differenz zur Umwelt, und sie benutzen ihre Grenzen zur Regulierung dieser Differenz.“ (Luhmann 1994, 35)

Für die Systemische Beratung stellt sich daher die Frage, wo die Grenzziehung zwischen System und Umwelt stattfindet und in wie fern die Umwelt zur Veränderung des Systems in der Beratungsarbeit mit einbezogen wird (Barthelmess 2014, 23). So beschreiben Sickendiek, Engel und Nestmann die Systemische Beratung als eine Praxis, die sich vor allem auf die Analyse der Interaktions- und Kommunikationsstrukturen der zu beratenden Systeme konzentriert. Die Erweiterung der Betrachtung auf räumliche und materielle Umweltbedingungen sowie Umweltsysteme wie Institutionen, Nachbarschaften oder Subkulturen sei zwar in den systemischen Ansätzen in Grundzügen angelegt, würde für die

Praxis aber kaum eine Rolle spielen. Die kritische Reflektion der objektiv vorhandenen Verhältnisse (z.B. Machtstrukturen und Benachteiligung sowohl familiärer wie auch gesellschaftlicher Art) sowie die Veränderbarkeit äußerer Lebensbedingungen hätte eher in sozialökologischen Beratungsansätzen ihren Ort. Auch sozialökologische Ansätze gehen von dem Grundprinzip aus, dass alle Elemente eines Systems in interdependenter Weise miteinander in Beziehung stehen. Aus diesem Grund sollen sie auch hier Erwähnung finden, da die sozialökologische Sicht in gewisser Weise als Erweiterung der systemischen gelten kann (vgl. Sickendiek/Engel/Nestmann 2008, 179 f.).

In Bezug auf das Konzept der Lebensweltorientierung kann man für die Systemische Beratung einige kohärente Aspekte feststellen, aber auch solche, die sich aneinander reiben, je nach dem ob man die Kritik von Sickendiek, Engel und Nestmann für berechtigt hält.

Unstrittig erscheint, dass die von der Lebenswelt geforderte Einbeziehung der sozialen Netzwerke und Ressourcen auch in der Systemischen Beratung einen zentralen Stellenwert hat; Thiersch selbst expliziert die Systemische Beratung als Ansatz, in dem die Netzwerkorientierung umgesetzt wird (vgl. Thiersch 2014, 705). Auch die Gefahr der „pädagogischen Kolonialisierung“, wie Thiersch sie annimmt wird in der Systemischen Beratung durch ihr Prinzip der „minimalen Intervention“ und der Haltung der Berater*innen, lediglich „Assistent*innen der Veränderung“ zu sein, beachtet. Der Respekt vor den Bewältigungsleistungen der Individuen in der Lebensweltorientierung spiegelt sich wider in der Annahme der Systemischen Beratung, jedes Verhalten würde im Bezug auf das System des*der Indexklient*in Sinn ergeben und eine Funktion erfüllen, sodass dieses nicht moralisch bewertet wird (vgl. Sickendiek/Nestmann 2018, 113; Gröning 2006, 148). Der Punkt der Einbeziehung der Lebenswelt der Klient*innen sowie die kritische Betrachtung der gesellschaftlichen Gegebenheiten, wie sie von der Lebensweltorientierung gefordert wird, scheint mit hingegen ein strittiger Punkt. Schenkt man der Argumentation von Sickendiek, Engel und Nestmann Glauben, so bleibt die gesellschaftliche Perspektive in der Systemischen Beratung unterbelichtet (siehe oben). Andererseits setzt die Systemische Beratung durchaus bei der Rekonstruktion der Deutungsmuster der Individuen und der Wirklichkeitskonstruktion des Systems an (vgl. Barthelmess 2014, 120), was wiederum eine Parallele zur Lebensweltorientierung darstellt. Spannungen sehe ich auch in den jeweiligen Auffassungen über Berater*innenperson und Beratungsbeziehung in der Lebensweltorientierung und der systemischen Beratung. Die Person der*des Berater*in/Beraters als Orientierungshilfe und die Beratungsbeziehung, der

eine gewisse Parteilichkeit innewohnt, hat in der Lebensweltorientierung einen hohen Stellenwert (vgl. Thiersch 2014, 706; Sickendiek/Engel/Nestmann 2008, 164), während die Systemische Beratung eher von Abstinenz geprägt zu sein scheint. Das geht so weit, dass Brunner zur Folge einige Systemiker*innen die Auffassung vertreten, Berater*innen könnten auf die Hermeneutik im Beratungsgeschehen und damit auf das sich Einfühlen und Verstehen verzichten, da nur die beobachtbaren Verhaltensweisen des Beratungssystems die nötigen und verlässlichen Informationen liefern könnten (vgl. Gröning 2006, 152). An anderer Stelle in der Literatur findet man aber auch die abgemilderte Auffassung, Berater*innen müssten die Bedürftigkeit der Adressat*innen respektieren, dürften sich aber mit ihr nicht zu sehr identifizieren (vgl. Barthelmess 2014, 122). Trotz dieser Reibungspunkte bin ich der Meinung, dass sich durch die Systemische Beratung das Konzept der Lebensweltorientierung umsetzen lässt, auch wenn sich einige systemische Haltungen ggf. weniger dazu eignen.

Im nächsten Kapitel löse ich mich von einzelnen Beratungsschulen und wende mich den allgemeinen Interventionsformen in der Beratung zu.

2.7.4 Allgemeine Interventionsstrategien in der Beratung

Interventionen sind diejenigen Kommunikationsformen, die auf eine bestimmte Wirkung auf die Adressat*innen abzielen, um bisherige Muster, Annahmen oder Verhaltensweisen zu verändern. Dewe und Schwarz haben für die Beratung in der Sozialen Arbeit vier grundlegende Interventionsformen bzw. methodische Vorgehensweisen identifiziert (vgl. Dewe/Schwarz 2013, 80).

1. Perspektivenwechsel:

In der Beratung befindet sich der*die Hilfesuchende in einer komplexen, unübersichtlichen Lebenssituation, in der er*sie ein Problem zwar bemerkt, die Beobachtung der eigenen Verwicklung und Vielschichtigkeit der Situation jedoch erschwert ist. Lösungs- und Umgangsmöglichkeiten werden so übersehen. Durch die gemeinsame Problemanamnese und Problem(um)deutung, das Hinterfragen von bisherigen Selbstverständlichkeiten und die Beleuchtung unbeachteter Aspekte soll der*die Adressat*in zu neuen Sichtweisen auf das Problem befähigt werden. So werden alternative Lösungsmöglichkeiten freigelegt, anderes und angemessenes Agieren ermöglicht (vgl. Dewe/Schwarz 2013, 80 f.).

2. Wissensvermittlung

Die Wissensvermittlung in der Beratung bezieht sich auf fehlendes Deutungs-, Handlungs-, Problem- oder Umsetzungswissen des*der Klient*in. Dabei müssen die zu vermittelnden

Informationen fallbezogen (also nicht allgemein) und für den*die Adressat*in relevant und verständlich aufbereitet sein (vgl. Dewe/Schwarz 2013, 81 f.).

3. Empowerment/Kompetenzförderung

Die (Wieder-)Entdeckung und Förderung oder Neuentwicklung von Fähigkeiten und Ressourcen ist Kern der Interventionsstrategie Empowerment und Kompetenzförderung, um das Selbstvertrauen und die Selbstmanagementkompetenzen der Klient*innen zu stärken. Dabei geht es auch um den Abbau von Barrieren, die das Nutzen von Ressourcen verhindern sowie um die Erprobung neuer Handlungsmuster (vgl. Dewe/Schwarz 2013, 82 f.).

4. Anwaltschaftliche Unterstützung

Die anwaltschaftliche Unterstützung meint, dass Lösungsmöglichkeiten und die dazu notwendigen Umsetzungsschritte nicht nur mit dem*der Berater*in vorbereitet, sondern auch durch konkrete Unterstützung von ihr*ihm begleitet werden. Das gemeinsame Ausfüllen von Antragsunterlagen, die Begleitung zu Terminen bei Behörden oder ärztlicher Versorgung sind mögliche Beispiele für diese Interventionsstrategie (vgl. Dewe/Schwarz 2013, 83).

Ob und wie sich diese allgemeinen Interventionsstrategien der Beratung auch in der Psychotherapie wiederfinden lassen, wird eines der Themen des nächsten Kapitels sein. An dieser Stelle endet die Darstellung der Beratung in der Sozialen Arbeit und ich fahre mit dem Vergleich zwischen Beratung und Psychotherapie fort.

3. Der Vergleich

In den vorangegangenen Kapiteln wurden die Psychotherapie und die Beratung in der Sozialen Arbeit ausführlich beschrieben. An der einen oder anderen Stelle wurden ihre historischen und systematische Beziehungen zueinander sowie ihre Differenzen bereits sichtbar. In der bloßen Nebeneinanderstellung bleiben Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Psychotherapie und Beratung aber diffus, auch weil sie davon abhängen, aus welcher Perspektive man auf die Gegenüberstellung schaut (vgl. Großmaß 2007, 98). Für eine differenzierte Untersuchung des Verhältnisses zwischen Psychotherapie und Beratung ist es daher von Vorteil, Vergleichsvariablen zu definieren, innerhalb derer sich die beiden Hilfformen unterschiedlich zueinander positionieren lassen. In der Literatur werden verschiedene Vergleichsmerkmale vorgeschlagen. Großmaß benennt die Vergleichsvariablen „Räumlichkeit“, „Zugang“, „Alltagsnähe“, „Fokussierung der Themen“ sowie „Finanzierung“ (vgl. Großmaß 2007, 90). Dewe und Schwarz differenzieren in ihrem Vergleich von

Beratung, Therapie, Information und Aufklärung zwischen „Anlässe“, „Ziel“, „Bezugspunkt“, „Aufgabe“, „Methodik“, „Charakter“, „Struktur“, „zeitlicher Aspekt“ und „Rolle der Adressat*innen“ (vgl. Dewe/Schwarz 2013, 66). Belardi entscheidet sich für die Aspekte „Institution“, „Dauer“, „Schwerpunkt“, „reale Hilfen“, „Gesprächstechnik“, „Grund-einstellung“, „Ziele“, „Vernetzungsaspekt“, „Ethik“, „Rollenverständnis“ und „fließende Grenzen“ (vgl. Belardi 2007, 44 ff.). Ich schenke in meinem eigenen Vergleich den Argumenten der oben angeführten Autor*innen Beachtung, möchte aber zur Verhinderung einer aleatorischen Auswahl selbst Vergleichsvariablen entwickeln. Diese sollen einerseits die zum Teil sehr spezifischen Unterscheidungsmerkmale der Autor*innen mit einschließen und andererseits untereinander in einem sinnhaften Zusammenhang stehen.

Dem Vergleich von Psychotherapie und Beratung in der Sozialen Arbeit wohnt eine gewisse Asymmetrie inne, denn es werden zwei Dinge gegenübergestellt, die sich auf unterschiedlichen Ebenen befinden. Während die Psychotherapie letztlich eine eigenständige Disziplin/Profession darstellt, wurde die Beratung in der Sozialen Arbeit in dieser Arbeit als eine Methode bzw. als ein Konzept *innerhalb* der Disziplin/Profession Sozialer Arbeit behandelt. Mit Blick auf dieses Ungleichgewicht leite ich meine Vergleichsvariablen an dem erweiterten Methodenverständnis nach Galuske ab.

Nach Galuske bestimmen sich Methoden nicht ausschließlich über die Frage des „Wie“. Mit Verweis auf Geißler und Hege plädiert er für einen integrierten Methodenbegriff, nach dem sich Methoden nicht nur nach der Art der Umsetzung von Interventionen bestimmen, sondern der auch die Ausgangslagen, Zielsetzungen und Rahmenbedingungen der Methode miteinbezieht. So werden Methoden als integraler Bestandteil eines Konzeptes gesehen, welches Auskunft über Ziel und Gegenstand der Intervention gibt und von dem die Methode als geplante Vorgehensweise nicht getrennt werden kann (vgl. Galuske 2013, 29 f.).

„Methoden der Sozialpädagogik können [...] nicht von den umfassenden konzeptionellen Überlegungen abgelöst werden, da sie immer mit Voraussetzungen verbunden sind, die ein spezifisches Verhältnis zum Subjekt und zur Gesellschaft zum Ausdruck bringen.“ (Geißler/Hege 2007, 22)

Vor dem Hintergrund dieses Methodenverständnisses benennt Galuske sieben Perspektiven, die für eine Methodenreflexion zu beachten sind:

- 1) Die Sachorientierung („Welche Probleme sollen mit der Methode bearbeitet werden? Wird die Methode den Problemen gerecht?“)
- 2) Die Zielorientierung („Welche Ziele sollen mit der Methode erreicht werden? Lassen sich die Ziele mittels der Methode einlösen?“)
- 3) Die Personenorientierung („Wird die Methode den betroffenen Personen gerecht?“)

- 4) Die Arbeitsfeld- und Institutionenorientierung („Ist die Methode sinnvoll innerhalb der institutionellen Rahmenbedingungen anwendbar?“)
- 5) Die Situationsorientierung („Ist die Methode unter den gegebenen situativen Rahmenbedingungen anwendbar?“)
- 6) Die Planungsorientierung („Erlaubt die Methode die gezieltere Planbarkeit von Hilfeprozessen?“)
- 7) Die Überprüfbarkeit („Lassen sich am Ende Aussagen darüber treffen, ob und wie die Methode gewirkt hat?“) (vgl. Galuske 2013, 35).

Diese Perspektiven und ihre Fragen geben nicht nur Auskunft über die Art und Weise, durch welche Interventionen welche Ziele erreicht werden sollen, sondern geben auch den Blick auf die gesellschaftlichen und institutionellen Rahmenbedingungen frei. Durch die enge Verbindung zu den Konzeptdimensionen der Reflexionsperspektiven lassen sie sich auch für mein Vorhaben, ein Vergleich von Beratung und Psychotherapie, nutzbar machen. Allerdings zeigen Galuskas Präzisierungen in den Klammern, die ich wörtlich zitiert habe, dass die Reflexionsperspektiven eher für die Eignungsprüfung einer Methode bezogen auf einen konkreten Fall und/oder ein spezifisches Arbeitsfeld vorgeschlagen werden. Die Reflexion und Gegenüberstellung von Psychotherapie und Beratung in der Sozialen Arbeit wird in dieser Arbeit allerdings nicht anhand eines spezifischen Fallbeispiels verhandelt, sondern auf allgemeinerer Ebene. Dementsprechend müssen auch die Reflexionsperspektiven für mein Vorhaben angepasst, abstrahiert und ergänzt werden; die von Galuske aufgezeigten Blickrichtungen bleiben aber nach wie vor wegweisend.

Die (1) Sachorientierung lässt sich für meine Zwecke übernehmen. Innerhalb dieser Perspektive möchte ich diskutieren, für welche allgemeinen Probleme sich die Beratung in der Sozialen Arbeit und die Psychotherapie jeweils zuständig fühlen. Mit anderen Worten, hier soll der jeweilige *Anlass* der Hilfe betrachtet werden. Damit folge ich Dewe und Schwarz, die fordern, Anlass und Ziel voneinander zu trennen, um die Struktur und Eigenlogik von Beratung zu verstehen (gleiches übertrage ich auf die Psychotherapie) (vgl. Dewe/Schwarz 2013, 71). Dementsprechend nehme ich die (2) Zielorientierung ebenfalls in meine Vergleichsvariablen auf. Die dritte Reflexionsperspektive der (3) Personenorientierung werde ich nicht in die Auswahl meiner Vergleichsvariablen aufnehmen. Zum einen überprüfe ich nicht die Eignung von Psychotherapie oder Beratung für eine bestimmte Person, zum anderen halte ich die Klassifikation bestimmter Personengruppen als typische Adressat*innen von Beratung und/oder Psychotherapie für nicht aussagekräftig, auch wenn dieser Versuch in der Literatur bereits unternommen wurde. Auch schreibt die Literatur von einem Unter-

schied bezüglich Rolle und Status der Adressaten der jeweiligen Hilfeformen (vgl. auch Dewe/Schwarz 2013, 65; 95); dies ergibt sich meiner Meinung nach aber aus Anlass und Ziel der Hilfen und ist dementsprechend in diesen Kategorien ausreichend aufgehoben. Die Reflexionsperspektive der (4) Arbeitsfeld- und Institutionsorientierung möchte ich von der Qualität her als Reflexion des Umfeldes der Hilfen beibehalten. Allerdings nenne ich diese Vergleichsvariable allgemeiner „Rahmenbedingungen“, um sie auch auf gesellschaftliche Aspekte zu erweitern. Die Reflexionsperspektive (5) Situationsorientierung wandle ich ab und verhandele in ihr die Frage, in welchem Setting und zu welchem Grad der Alltagsnähe und Formalisierung Psychotherapie und Beratung stattfinden. Diese Charakteristika werden in der Literatur immer wieder als bedeutsam exponiert, weshalb ich sie hier in die Arbeit aufnehme. Die (6) Planungsorientierung muss ich ebenfalls inhaltlich modifizieren. Ich verstehe sie im Hinblick auf meinen Vergleich als die Frage nach der Strukturierung der Hilfen sowie nach den verwendeten Interventionsprinzipien und Techniken. Das heißt, hier wird das Bindeglied zwischen (1) Anlass und (2) Ziel beleuchtet: Aufgrund welcher Grundannahmen und mithilfe welcher Verfahren soll das Ziel erreicht werden? Die (7) Überprüfbarkeit übersetze ich als „Wirkung“. Hier geht es mir um das allgemeine Wirkpotenzial beider Hilfen, nicht aber um die Statistik erfolgreicher Behandlungs- oder Beratungsfälle.

Was bisher fehlt ist ein expliziter Ort für die unterschiedlichen Diskurse, in denen Psychotherapie und Beratung eingebunden sind, und ihre jeweiligen wissenschaftlichen Theorien. Da sich die Ergebnisse der Vergleichsvariablen auch aus dieser Metaebene begründen, liegt diese meines Erachtens quer zu den bisherigen Vergleichsvariablen. Ich bemühe mich daher, dort wo angebracht, die Diskurse und wissenschaftlichen Theorien zu exponieren, verzichte aber auf eine eigene Vergleichskategorie. Auch ist mir bewusst, dass die Trennung der Vergleichskategorien eine künstliche bzw. idealtypische ist und sie inhaltlich eigentlich ineinander fallen. Obwohl ich mich um eine inhaltliche Fokussierung bemühe, ist eine absolut trennscharfe Teilung nicht möglich, da sich einige Argumente auch aus den Ergebnissen anderer Vergleichsvariablen ergeben.

3.1 Anlass und Gegenstand

Die Psychotherapie basiert als Heilbehandlung für psychische und psychosomatische Störungen auf medizinischen Modellen. In der Regel suchen Patient*innen eine psychotherapeutische Behandlung aufgrund eines erheblichen Leidensdrucks auf (Anlass), der, aus der Sicht der Psychotherapie, aus der entsprechend zu diagnostizierenden psychischen Störung resultiert. Entsprechend ist der Gegenstand der Behandlung die diagnostizierte psychische

Störung bzw. ihre Symptome, die vor dem Hintergrund der schulenspezifischen Störungs- und Erklärungsmodelle betrachtet werden (siehe Kapitel 1.3). Die Beratung hingegen basiert nicht auf einem Krankheitsdiskurs oder Diagnosemanualen, sondern stützt sich auf wissenschaftlichen Theorien, die Gesellschaft reflektieren. Sie geht davon aus, dass Klient*innen sich aufgrund von individuellen Problemen oder Krisen an die Beratung wenden, die innerhalb bestimmter Lebenssituationen oder Lebensphasen auftreten und aus einer unübersichtlichen Lebenslage, aus Konflikten, Desorientierung und Entscheidungsschwierigkeiten resultieren (vgl. Großmaß 2007, 100; Dewe/Schwarz 2013, 71). In Anlehnung an Dewe und Schwarz nenne ich den Anlass für die Beratung daher „Problemdruck“, anstelle von „Leidensdruck“ (vgl. Dewe/Schwarz 2013, 86). Gegenstand der Beratung ist die problematische Handlungs- und Entscheidungssituation der Klient*innen vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Rahmenbedingungen und der individuellen Lebenslage des*der Adressat*in. Dies bedeutet nicht, dass nicht auch psychische Störungen oder psychischer Leidensdruck zum Anlass und Thema von Beratung werden, allerdings nicht in der gleichen Unmittelbarkeit und Ausschließlichkeit wie bei der Psychotherapie. Bereits im Kapitel 2.1 zur Definition von Beratung in der Sozialen Arbeit habe ich angeführt, dass sich äußere Schwierigkeiten kaum bearbeiten lassen, wenn sich in der Beratung nicht auch den inneren Gefühlslandschaften zugewendet wird. Auch Großmaß konstatiert, dass die problematisch werdende Psyche nicht nur Anlass und Gegenstand der Psychotherapie, sondern auch der Beratung sei. Ihrer Meinung nach liege der Unterschied zwischen den beiden Hilfeformen in der Art und Weise, *wie* dies in der jeweiligen Hilfeform bearbeitet wird (vgl. Großmaß 2007, 94). Die Frage nach dem „wie“ hat meines Erachtens in diesem Fall eigentlich zwei Dimensionen. Zum einen bezieht sie sich auf die Dimension der anzuwendenden Interventionsstrategien und -methoden, welche ich unter Punkt 3.3 gesondert betrachte. Die andere Dimension bezieht sich auf die Frage, wie sich dem Gegenstand der Hilfe genähert wird, also vor dem Hintergrund welcher Grundannahmen und welchen Erklärungswissens er betrachtet wird, woraus sich auch die späteren Ziele, Aufgaben, Interventionen und Setting/Bezugspunkt der Hilfen ableiten. Der Leidenszustand/die psychische Erkrankung als Anlass/Gegenstand der Psychotherapie wird als Resultat nicht gelungener Entwicklungen, Störung oder Erschütterung der inneren Persönlichkeitsstruktur des*der Patient*in betrachtet (z.B. durch biografische Ereignisse, Beziehungserfahrungen, Traumatisierungen) oder als Ergebnis biologischer Prozesse (vgl. Falkai/Wittchen 2018, 26; Großmaß 2007, 95). Das heißt die Ursache liegt im Inneren der Person, sie resultiert aus der Vergangenheit und wird als auslösende Bedingung an den gegenwärtigen „patho-

logischen Zustand“ gekoppelt (vgl. Dewe/Schwarz 2013, 90). Überspitzt könnte man sagen, anstatt einer problematischen *Handlungssituation* hat die Psychotherapie eine „problematische *Person*“ zum Gegenstand. Der Problemdruck in der Beratung wird als Symptom unübersichtlicher Problemsituationen verstanden (vgl. Dewe/Schwarz 2013, 87), und obgleich psychische Störungen hier natürlich auch ihren Anteil haben können, geht es nicht um den pathologischen Aspekt des Leids. Mit Blick auf die Lebensweltorientierung als Rahmenkonzept für die Beratung in der Sozialen Arbeit (siehe Kapitel 2.6) liegt der Fokus der Beratung bezüglich psychischen Belastungen eher auf der Frage, welche Lebensumstände (materielle Notlagen, verwehrte Teilhabechancen etc.) zum emotionalen Leidensdruck führen, welche Konsequenzen sich aus einer Diagnose ergeben (rechtliche Konsequenzen, Arbeitslosigkeit, finanzielle Sorgen, Stigmatisierung) oder aber in welche weiterführenden (psychotherapeutischen) Hilfen vermittelt werden könnte. Das heißt, auch wenn eine psychische Erkrankung Anlass und (erster) Gegenstand der Beratung ist, so liegt der darunter liegende Fokus eher auf der damit verbundenen Orientierungslosigkeit, also auf dem Umstand, dass die Erfahrungen, Routinen, Kompetenzen, und das Wissen des*der Klient*in in dieser Situation nicht mehr ausreichen, um eine befriedigende Lösung/einen Umgang mit der Situation zu finden. Die Gründe dafür werden auch mit Hilfe von Analysen der gesellschaftlichen und politischen Verhältnisse erklärt.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass sich die Psychotherapie in ihrer Gegenstandsbetrachtung ganz primär auf das Innere des Menschen sowie seiner Vergangenheit fokussiert, während die beraterische Auffassung des „Problemdrucks“ einer Person eine gesellschaftliche und sozialpolitische Dimension beinhaltet. Es wird sich also, trotz Beachtung biografischer Bedingungen, stärker nach außen orientiert, also auf Verteilungsgerechtigkeit, Zugangsgerechtigkeit, Recht und politische Partizipation und andere Variablen (aktueller) gesellschaftlicher Verhältnisse (vgl. Grunwald/Thiersch 2018, 907).

Aus den Anlässen und Gegenständen von Beratung und Psychotherapie bzw. ihren eigenen Betrachtungsweisen derselben ergeben sich für beide Hilfeformen ihre jeweiligen Ziele. Diese sollen im nachfolgenden erörtert werden.

3.2 Ziele

Wenngleich Psychotherapie auch über kurative Zielsetzungen hinausgehen kann, so ist ihr primäres Ziel die Heilung psychischer oder psychosomatischer Störungen (vgl. Slunecko 2009, 12). Die Frage, was Heilung bedeutet, beantwortet die Psychotherapiedefinition nach Strotzka mit „Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit“ (Strotzka 1969, zit. n. Wittchen/Hoyer 2011, 4). Dewe und Schwarz sprechen von der

Überführung von „neurotischem Leid“ in „normales“ bzw. „nicht-gestörtes“ Leid, von der Wiederherstellung der beschädigten psychosozialen Integrität und der personalen Identität (vgl. Dewe/Schwarz 2013, 86 f.). Demgegenüber steht das Ziel der Beratung in der Sozialen Arbeit, die individuelle Problem- oder Krisensituation der*des Adressat*in aufzulösen oder tragfähige Lösungen und Entscheidungen zu entwickeln und die Adressat*innen bei der Bewältigung der Schwierigkeiten zu unterstützen. Dazu gehört nicht nur die Bearbeitung von emotionalen Belastungen, sondern auch die Überwindung von materiellen und sozialen Problemen (vgl. Dewe/Schwarz 2013, 71).

In der sozialpolitischen Dimension hat Beratung durch die Verbesserung der Handlungsfähigkeit von Personen, die Unterstützung von Teilhabemöglichkeiten sowie (Re)Inklusion zum Ziel (vgl. Dewe/Schwarz 2013, 61). Dies aber wird in gleicher Quelle auch der Psychotherapie bescheinigt (vgl. Dewe/Schwarz 2013, 62 f.). Auch die abstrakte Zielformulierung der beraterischen Interventionsstrategien, „einen Unterschied zu bisherigen Mustern, Routinen und Prozessen zu machen“ (Dewe/Schwarz 2013, 80), lässt sich meiner Meinung nach ebenso auf die psychotherapeutische Zielsetzung beziehen und stellt in dieser Hinsicht beide Hilfeformen unter ein gemeinsames Dach.

Welche Interventionsstrategien und Methoden jeweils zur Anwendung kommen, um die Ziele „Heilung psychischer Störung“ und „Problem- und Krisenbewältigung“ zu erreichen, ist Thema des nachfolgenden Kapitels.

3.3 Der Hilfeprozess: Interventionsprinzipien, -strategien und Methoden

Diese Vergleichsvariable vollständig abzuarbeiten, bedarf eigentlich einer eigenen Arbeit. Ich müsste sämtliche Techniken, Methoden, Interventionsstrategien und Aufgaben, die mit ihnen erfüllt werden sollen, für die jeweilige Hilfeform zusammentragen, strukturieren und gegenüberstellen. Aufgrund der oft beschworenen Vielfältigkeit der Psychotherapie und der Beratung in der Sozialen Arbeit ist dies an dieser Stelle nicht leistbar. Ich kann daher für die angewendeten Methoden und Techniken nur einen groben Überblick geben (dargestellt unter Punkt 1) und konzentriere mich ansonsten auf die Kommunikation und Beziehung als Fundament der Hilfeformen (dargestellt unter Punkt 2) sowie auf die Gegenüberstellung der allgemeinen Interventionsprinzipien der Beratung in der Sozialen Arbeit mit den allgemeinen Wirkprinzipien der Psychotherapie (dargestellt unter Punkt 3).

Viele der Argumente, auf die ich gleich eingehen werde, reichen in den Themenkomplex der Wirkung hinein. Da die Hilfeformen letztlich davon ausgehen, dass ihre Wirkung zumindest teilweise in den angewendeten Prinzipien, Methoden oder Interventionen

begründet liegen, ist ihre vollständige Trennung von der angenommenen Wirkung schwierig und würde den Blick auf das Wesen der Prinzipien und Strategien beschränken.

1. Angewendete Methoden und Techniken

Laut Großmaß bedienen sich beide Hilfeformen letztlich am gleichen Methodenrepertoire (ggf. mit unterschiedlichen Gewichtungen) (vgl. Großmaß 2007, 89; 101). Im Kapitel zur historischen Entwicklung der Beratung habe ich bereits aufgezeigt, dass die Beratung zwar nicht ein direkter Abkömmling der Psychotherapie ist, aber verschiedene Ansätze und Methoden aus den jeweiligen Therapieschulen übernommen hat. So wurden die oben dargestellten Beratungsmethoden der Personzentrierten Beratung und Systemischen Beratung aus den entsprechenden Therapieschulen heraus entwickelt. Techniken wie das zirkuläre Fragen, das Familienbrett und die Klientenzentrierte Gesprächsführung sind Beispiele für Elemente, die sowohl in der Psychotherapie als auch in der Beratung zur Anwendung kommen. Vermutlich gibt es aber auch Interventionen, die vor allem in der Psychotherapie angewendet werden, wie zum Beispiel das Expositionstraining in der Verhaltenstherapie oder das Biofeedbacktraining.

2. Kommunikation und Beziehung als Fundament

Eine grundsätzliche Gemeinsamkeit stellt die zwischenmenschliche Begegnung beider Hilfeformen dar (die neu aufkommende Thematik der Online-Beratung möchte ich, wie bisher auch, vernachlässigen). Sowohl die Beratung als auch die Psychotherapie sind kommunikationsbasiert, das heißt, es findet ein gegenseitiger Informationsaustausch (bezogen auf Wissen, Erfahrungen, Gedanken, Emotionen) über verbale oder nonverbale Kommunikation (also Sprache, Mimik, Gestik, Bilder, symbolische Zeichen) zwischen Berater*in und Klient*in bzw. Therapeut*in und Patient*in oder innerhalb der Gruppenmitglieder statt. Beide Hilfeformen sind also spezielle Formen helfender Kommunikation (vgl. Dewe/Schwarz 2013, 62 f.). Zudem sind beide Hilfeformen beziehungsbasiert, selbst wenn der Beziehung in einzelnen Ansätzen ggf. ein weniger starker Stellenwert zugesprochen wird (ich beziehe mich hier auf die Ausführung zur systemischen Therapie in Kapitel 1.6.3). Die Beziehung hat sowohl in der Beratung (siehe die Ausführungen in Kapitel 2.7.1) als auch in der Therapie (siehe das Wirkprinzip Beziehung nach Grawe in Kapitel 1.7.2) einen hohen Stellenwert. Und zwar nicht, weil die Psychotherapie dies als erstes erkannt und dann die Beratung inspiriert hätte – tatsächlich hat die Beziehung bereits in den ersten Anfängen der Beratung, etwa bei Salomon, eine Rolle gespielt (vgl. auch Pantuček 1998, 33). Das Zustandekommen einer tragfähigen Beziehung wird in beiden Hilfeformen letztlich sehr ähnlich beschrieben, in Beratung wie

Psychotherapie werden auf Beziehungsvariablen wie Empathie, Wärme und Akzeptanz sowie Echtheit des*der professionell Helfenden und Respekt vor der Autonomie der Adressat*innen zurückgegriffen (vgl. Kupfer 2018, 90). Grawe führt an, neben den eben genannten Beziehungsvariablen würde auch die erkennbare Kompetenz des*der Therapeut*in das Entstehen einer tragfähigen Beziehung unterstützen (vgl. Grawe 1998, 134 ff.). Diesem Punkt stimmt Thiersch zu, auch für ihn spielt das „Kompetenz-zeigen“ der Berater*innen eine Rolle, um das Vertrauen von Klient*innen zu erlangen (vgl. Thiersch 2014, 704). Ich behandle die Beziehung nicht nur als Wirkfaktor, sondern auch als „Interventionsprinzip“, denn sie entsteht nicht (nur) von alleine sondern kann durch die Art und Weise, wie der professionell Helfende agiert, gezielt unterstützt und genutzt werden.

3. Interventionsstrategien und Wirkprinzipien in der Gegenüberstellung

Dewe und Schwarz konstatieren, die Interventionsstrategien von Psychotherapie und Beratung in der Sozialen Arbeit seien nicht identisch. Wo genau die Differenzen/Gemeinsamkeiten liegen, abgesehen von Anlass und Zielsetzung, bleibt jedoch etwas vage (vgl. Dewe/Schwarz 2013, 65 ff.). Für eine genauere Untersuchung habe ich daher den Versuch unternommen, die Interventionsstrategien nach Dewe und Schwarz (2013) mit den Wirkprinzipien nach Grawe (1998) gegenüberzustellen. Das mag zunächst irritieren, gerade weil Grawes Wirkprinzipien landläufig als *Wirkfaktoren* bekannt sind. Wie bereits oben erwähnt, handelt es sich bei diesen Faktoren aber ebenfalls um Strategien, da sie aktiv von der*dem Therapeut*in während der psychotherapeutischen Behandlung eingesetzt werden.

Die Interventionsstrategien der Beratung nach Dewe und Schwarz (2013)	Die Wirkprinzipien der Psychotherapie nach Grawe (1998)	
Perspektivwechsel	Intentionsveränderung/Motivationale Klärung	prozessuale Aktivierung/ Problemaktualisierung
Empowerment/Kompetenzförderung	Intentionsrealisierung/Problembewältigung Ressourcenaktivierung	
anwaltschaftliche Unterstützung		
Wissensvermittlung		

Tabelle 2: Gegenüberstellung von Interventionsstrategien und Wirkprinzipien (eigene Darstellung)

Ich stelle dem Perspektivwechsel die Intensionsveränderung/Motivationale Klärung gegenüber, denn meines Erachtens zeigen sich hier durchaus Ähnlichkeiten: Nach Dewe und Schwarz ist der Perspektivenwechsel methodisch inszeniert und bewusst herbeigeführt, er dient dazu, unübersichtliche Problem- Handlungs- und Entscheidungssituationen zu entflechten, sodass Auswege/Umgangsmöglichkeiten erkennbar werden, die von der*dem Klient*in vorher nicht gesehen oder als nicht tragfähig bewertet wurden. Der Perspektivwechsel ist also schwerpunktmäßig bezogen auf ein konkretes Problem des*der Klient*in. Aber: Dewe und Schwarz schreiben weiter, dass es in der Aufgabe der Berater*innen liegt, zu erkennen, welche Fähigkeiten der*die Klient*in benötigt, um selbst zu Einsichten kommen und daraus neue Schlussfolgerung ziehen zu können. Diese Fähigkeiten sollen im Rahmen der Beratung aufgebaut werden (vgl. Dewe/Schwarz 2013, 73). Dass heißt, dass durch den Aufbau der Fähigkeiten für einen eigenständigen Perspektivwechsel auch für die Bearbeitung zukünftiger Schwierigkeiten (außerhalb der Beratung) größere Handlungsspielräume eröffnet werden. Diese Zukunftswirksamkeit erinnert an das, was die Psychotherapie verfolgt. Ich bin daher der Meinung, dass das Interventionsprinzip des Perspektivwechsels durchaus anschlussfähig an das Wirkprinzip „Motivationale Klärung“ von Grawe ist. Konkret bedeutet Motivationale Klärung schließlich ebenfalls, dass eine bestimmte (Entscheidungs)-Situation reflektiert wird. Die Überprüfung und ggf. Revidierung von Grundannahmen, Befürchtungen und Zielen beinhaltet, neben dem Aufdecken von unbewussten Gefühlen und Bedürfnissen, letztlich den Aufbau von Fähigkeiten zum Perspektivwechsel (vgl. Grawe 1998, 89). Allerdings ist anzunehmen, dass der Fokus der Motivationalen Klärung in der Psychotherapie stärker auf dem prozessualen Aspekt liegt (also die Veränderung von Wahl- und Entscheidungsprozessen im Allgemeinen) als in der Beratung. Ihre Zukunftswirksamkeit geht also vermutlich über die der Beratung hinaus.

Ich vermute, dass sich das Interventionsprinzip der Kompetenzförderung/des Empowerments durch die Wirkprinzipien Intensionsrealisierung/Problembewältigung, Ressourcenaktivierung und prozessuale Aktivierung/Problemaktualisierung auch (!) konkretisieren lässt. Auch (!) deswegen, weil Empowerment nicht nur etwas mit eigenen personalen Fähigkeiten zu tun hat, sondern auch mit Wissen, wie zum Beispiel Kenntnissen über institutionelle und gesellschaftliche Bedingungen und Möglichkeiten (vgl. Dewe/Schwarz 2013, 82). Die Ressourcenorientierung in der Beratung meint zu dem nicht nur die intrapersonalen Ressourcen, sondern ausdrücklich auch soziale und materielle Ressourcen im Lebensfeld der Klient*innen (vgl. Sickendiek/Engel/Nestmann 2008, 174). Gerade letztere finden

bei Grawe nur sehr beiläufig Erwähnung (vgl. Grawe 1998, 34). Aber die emotionalen und handlungsbezogenen Aspekte des Empowerments lassen sich durch Grawes Wirkfaktoren doch gut konkretisieren. Die Kompetenzförderung und Erprobung neuer Handlungsmuster und die Nutzung von Ressourcen sowie die Stärkung des Selbstvertrauens des*der Klient*in (vgl. Dewe/Schwarz 82) finden sich auch in Grawes Problembewältigung und Ressourcenaktivierung wieder. Letzteres wird im therapeutischen Rahmen aber vor allem als Mittel genutzt, das Veränderungen des*der Patient*in zu ermöglicht (vgl. Grawe 1998, 96 f.), nicht so sehr als die eigentliche Lösung des konkreten Problems. Aber ich möchte an dieser Stelle keine künstliche Abgrenzung errichten, ich vermute, die Art der Nutzung der Ressourcen als „enabler“ oder „Ziel“ ist in beiden Hilfeformen vorhanden und der Übergang ist fließend.

Die Wissensvermittlung als Interventionsprinzip scheint, zumindest Dewe und Schwarz zufolge, gleichrangig mit den anderen drei Interventionsprinzipien der Beratung zu sein. Dies liegt nahe, denn der Bezugspunkt der Beratung ist die konkrete Problemsituation im Alltag (vgl. Dewe/Schwarz 2013, 66; siehe auch Kapitel 3.4). Auf die Situation des*der Klient*in zugeschnittene Informationen können den Ausgang einer Situation oder die Lösung eines konkreten Problems maßgeblich bestimmen, etwa wenn es um vorher nicht bekannte Leistungsansprüche oder Rechtsnormen in den Bereichen Existenzsicherung, Wohnen oder Arbeit geht. Ich bin sicher, Informationsvermittlung spielt auch in der Psychotherapie eine Rolle; ich unterstelle aber, dass sie sich vornehmlich auf den Hilfeprozess selbst bezieht (Informationen zur Art und Dauer der Behandlung, Schweigepflicht, Antragsverfahren, Urlaubsregelungen etc.) oder aber allgemein auf die psychische Erkrankung im Rahmen von Psychoedukation. Grawe jedenfalls hat der Wissensvermittlung keinen expliziten Platz in seinen Wirkprinzipien eingeräumt. Ähnlich verhält es sich mit dem Interventionsprinzip der anwaltschaftlichen Unterstützung, für die es so kein Äquivalent in den Wirkprinzipien der Psychotherapie gibt:

Die Beratung ist alltagsnäher als die Psychotherapie (siehe Kapitel 3.4) und gerade im Hinblick auf die Lebensweltorientierung verhandelt sie daher auch direkter mit anderen Institutionen oder Gesellschaftsgliedern, in die der*die Klient*in eingebunden ist. Dies ist auch der Grund, warum ich der anwaltschaftlichen Unterstützung nicht das Wirkprinzip der Problembewältigung gegenübergestellt habe. Zwar dient die anwaltschaftliche Unterstützung natürlich der Problembewältigung, so wie eigentlich alles in der Beratung, aber Problembewältigung meint in der Psychotherapie das eigene Bewältigungshandeln

des*der Patient*in (vgl. Grawe 1998, 88 f.) (ggf. auf Anregung und/oder mit emotionaler Unterstützung des*der Therapeut*in) und keine stellvertretende Handlungen.

Die prozessuale Aktivierung nimmt eine Sonderrolle ein und wird besonders in der Psychotherapie betont. Letztlich kann sie zwar als allgemeiner Faktor für menschliche Veränderung gelten, denn es liegt nahe, dass der Mensch vor allem das lernt und internalisiert, was er „spürt“ und erlebt. In der Psychotherapie, in der es primär um „umlernen“ und die persönliche Veränderung geht, wird das „Spüren“ durch Methoden und Techniken deutlich forciert (vgl. Grawe 1998, 93 f.). Es ist ein Wirkprinzip, das quer zu den anderen liegt; Grawe bescheinigt der Prozessualen Aktivierung eine „Moderatorfunktion“ für die Therapieziele, weil sie die Motivationale Klärung und die Problembewältigung und damit korrektive emotionale Erfahrungen möglich macht (vgl. Grawe 1998, 94). Bezüglich stattfindender Lernprozesse könnte man annehmen, dass die prozessuale Aktivierung auch für die Interventionsprinzipien der Beratung eine Katalysatorfunktion einnimmt, denn auch hier kann es zu längerfristigen Veränderungen oder korrektiven Erfahrungen kommen (siehe oben und die Ausführungen zur Vergleichsvariable der Wirkung in Kapitel 3.6.) und es werden Techniken angewendet die helfen Emotionen wahrzunehmen und zu ordnen.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass sich die Wirkstrategien der Psychotherapie fast ausschließlich auf das Innere des Menschen beziehen und dementsprechend ausdifferenziert sind in diesem Bereich. Die Beratung in der Sozialen Arbeit ist daran anschlussfähig, denn auch sie betrachtet die emotionale Landschaft ihrer Klient*innen. Neben der individuellen Lebenspraxis schließt die Beratung aber das soziale Umfeld/soziale Kontexte (Familie, Schule, Milieus, Betriebe usw.) mit ein (vgl. Dewe/Schwarz 2013, 78), dementsprechend richten sich einige der Interventionsstrategien auch ins Außen.

Dies zeigt sich auch an der jeweiligen Ausgestaltung des Settings und des Bezugspunkts der Beratung in der Sozialen Arbeit und der Psychotherapie, wie im folgenden Kapitel erläutert werden soll.

3.4 Bezugspunkt und Setting

Die Beratung in der Sozialen Arbeit und die Psychotherapie sind beides Hilfeformen, die sich den Handlungsvoraussetzungen des Subjekts widmen. Aufgrund der unterschiedlichen Gegenstands- und Zieldefinition aber zielen beide Hilfeformen auf unterschiedliche Bereiche ab und finden in Settings statt, die ähnlich sein können, aber keineswegs identisch sind. Die Beratung in der Sozialen Arbeit unterstützt Menschen in Krisensituationen, deren Auslöser in einer unübersichtlichen Lebenssituation gesehen werden und für welche die Lebensbedingungen in Alltagswelt und Gesellschaft aus Perspektive der Sozialen Arbeit

eine entscheidende Rolle spielen. Dementsprechend ist der Bezugspunkt der Beratung auch der Alltag und die Lebenswelt der Menschen (siehe auch das Kapitel 2.6.1 zur Lebensweltorientierung). Die Psychotherapie legt als Heilbehandlung für seelische Gesundheit ihren Bezugspunkt in das Innere des Menschen oder zumindest in den absoluten Nahraum des Subjekts; Emotionen, biografische Erfahrungen, Beziehungskonstellationen, Bindungsphänomene und das individuelle Verhalten stehen im Mittelpunkt. Der Bezugspunkt der Psychotherapie wird daher von Dewe und Schwarz als „personale Identität“ bezeichnet (vgl. Dewe/Schwarz 2013, 66 f.). Die Psychotherapie gilt als aus dem Alltag der Patient*innen herausgehoben. Da die Psychotherapie das menschliche „Geworden-sein“ zum großen Teil in den bisherigen Erfahrungen, zum Teil in der frühen Kindheit (bei tiefenpsychologisch fundierten Ansätzen) findet, ist Dewe und Schwarz Aussage, die Psychotherapie arbeite vor allem retrospektiv, während die Beratung in der Sozialen Arbeit eher situativ verortet ist, nachvollziehbar (vgl. Dewe/Schwarz 2013, 66).

Die Beratung in der Sozialen Arbeit vollzieht sich Medium lebensweltlicher Erfahrung unter anderem durch die Prinzipien der Niedrigschwelligkeit, Sozialräumlichkeit und Vernetzung (vgl. Thiersch 2014, 702). Dies hat nun Konsequenzen für die Ausgestaltung der Hilfen und Institutionen, in denen Beratung stattfindet, sowie auf das, was eigentlich als „Beratung“ gilt. Bezogen auf den letztgenannten Punkt spiele ich auf die Formalisierungsgrade der Beratung an, wie sie in Kapitel 2.3 beschrieben sind. Beratung ist nicht nur das hochformale Gespräch in einer spezifischen Beratungsstelle, sondern kann auch weniger formal und institutionell innerhalb anderer Hilfekontexte stattfinden. Diese Art der Beratung ist ebenbürtig der formalisierten Beratung, sie ist nicht „nur ein bisschen Beratung“, sondern setzt letztlich die Alltags- und Lebensweltorientierung durch die Niedrigschwelligkeit, Flexibilität und Präsenz, die ihr innewohnt, direkt um. Daher müssen auch die weniger formalisierten Beratungsformen zum „Selbstverständnis“ oder „Profil“ der Beratung in der Sozialen Arbeit gehören, auch wenn es laut Thiersch zum Teil zu Hierarchisierungen in der Beratungslandschaft kommt (vgl. Thiersch 2014, 703). Gerade wenn auch Beratung und Psychotherapie nicht hierarchisiert werden sollen, ist dies ein wichtiger Punkt, denn die Psychotherapie zeichnet sich durch eine sehr starke Formalisierung der Hilfe aus. Ihr Behandlungsort sind Praxen oder Kliniken und die Behandlung findet, mit Ausnahme der probatorischen Sitzungen, nur nach entsprechender Einweisung oder Antragstellung statt. Wenn Beratungsangebote die Maxime der Präsenz in der Lebenswelt der Adressat*innen umsetzen, gestaltet sich ihr Angebot anders – offene Anlaufstellen, Sprechzeiten ohne

Terminvergabe, Informationsangebote und ausliegendes Informationsmaterial können diesem Anspruch Rechnung tragen (vgl. auch Großmaß 2007, 99).

Nicht nur der Formalisierungsgrad und die Räumlichkeiten/der Ort sind durch die unterschiedlichen Bezugspunkte beeinflusst, sondern auch der zeitliche Aspekt der Hilfen.

Die Beratung gilt als Kurzzeitintervention. Je nach Formalisierungsgrad ist in der Beratung vieles denkbar, von einem einzelnen Beratungsgespräch über wöchentliche Termine in einem Zeitraum von einigen Wochen, seltener Monaten, oder als wiederkehrende „unsystematische“ Kontakte von geringerer Frequenz über Jahre. Obgleich es inzwischen auch Konzepte zu Kurzzeittherapien gibt, ist die Psychotherapie im Allgemeinen eine Langzeitintervention mit einer Behandlungsdauer zwischen einigen Monaten bis hin zu mehreren Jahren. Die Kontaktfrequenz ist oft einmal wöchentlich, wobei es auch Therapieverfahren gibt, wie etwa die klassische Psychoanalyse, die Kontakte mehrmals die Woche terminieren (vgl. auch Dewe/Schwarz 2013, 66).

3.5 Rahmenbedingungen und gesellschaftlicher Ort

Beratung in der Sozialen Arbeit und Psychotherapie tragen beide dazu bei, Ausgrenzungsrisiken abzumildern und Teilhabemöglichkeiten und Inklusion von Menschen zu unterstützen. So schreibt Großmaß:

„Beiden Interventionsformen [ist] gemeinsam [...], dass sie sich mit den spezifischen psychischen Irritationen, die die Moderne produziert hat, helfend auseinandersetzen.“ (Großmaß 2007, 101)

Und auch Dewe und Schwarz bestätigen:

„Die strukturelle Pausibilität einer Einheit von Beratung [...] und Therapie kommt [...] darin zum Ausdruck, dass mit ihrem Wirksamwerden stets das Einschreiten von Instanzen (Institutionen, Professionen) in Lebenszusammenhänge einhergeht, um Teilhabemöglichkeiten gesellschaftlicher Akteure an einem aktiveren Leben zu ermöglichen bzw. aufrechtzuerhalten.“ (Dewe/Schwarz 2013, 62 f.)

Dass Psychotherapie und Beratung in der Sozialen Arbeit dabei unterschiedliche Fokusse aufweisen, habe ich im Vorangegangenen beschrieben. Auch gesellschaftlich gehören beide Hilfeformen unterschiedlichen Systemen an und sind in unterschiedliche Wissenschaftsdiskurse eingebunden (vgl. Großmaß 2007, 101). Die Psychotherapie ist als Heilbehandlung Teil des medizinischen Versorgungssystems und ihre Kosten werden, bei entsprechender Indikation/Diagnose und Antragsstellung von den Krankenkassen übernommen¹⁶. Die Beratung gehört zu einer anderen Säule der psychosozialen Versorgung, ihre Finanzierung läuft über Steuergelder, trägereigene Mittel und/oder Spenden und ist oft abhängig von sozialpolitischen Entscheidungen (vgl. Menne 2014,

¹⁶ Zumindest für wissenschaftlich anerkannte Verfahren.

1213 f.; siehe auch Kapitel 1.2 und 2.5). Die Beratung in der Sozialen Arbeit ist in verschiedenen gesellschaftlichen Feldern verortet – letztlich in allen Feldern, in denen die Soziale Arbeit tätig ist oder werden kann. Denn nach Thiersch bestimmen sich die Möglichkeiten und Aufgaben der Beratung im Bezugsrahmen der allgemeinen Aufgaben der Sozialen Arbeit. Das bedeutet auch, dass die Beratung eine politischere Dimension hat als die Psychotherapie, denn ein Grundsatz der Sozialen Arbeit ist auch die politische Einmischung in gesellschaftliche Verhältnisse, die im Verdacht stehen, Armut, Ungleichheit oder Exklusion zu produzieren (vgl. Thiersch 2007, 117; Thiersch 2014, 702). Daher

„[ist in] Beratungsprozessen [...] immer auch ein bestimmter Aspekt gesellschaftlichen Lebens (Erziehung, Berufsfindung, Studium, Illegalisierung des Drogenkonsums, Frauengleichstellung, Interkulturalität...) besonders präsent, der durch den gesellschaftlichen Teilbereich bzw. die soziale Bewegung definiert ist, dem das Beratungsangebot zugeordnet ist.“ (Großmaß 2007, 100)

Dies gilt meines Erachtens für alle Formalisierungsgrade der Beratung. Durch den heutigen Trend der Spezialisierung von institutionellen Angeboten zeigen sich die speziellen gesellschaftlichen Aspekte im Rahmen formalisierter Beratung aber besonders (zum Beispiel in der Sucht- und Drogenberatung, der Schwangerschaftskonfliktberatung, der Erziehungsberatung, etc.).

3.6 Wirkung

Ein Kapitel mit der Überschrift „Wirkung“ kann in viele Richtungen zielen. Soll die Wirkungsweise der jeweiligen Hilfeformen beschrieben werden? Die Wirkfaktoren? Das Wirkpotential? Wie kann zwischen intendierter und nicht intendierter Wirkung unterschieden werden? Während die Psychotherapieforschung sich schon ausgiebiger mit diesen Fragen beschäftigt, gibt es für die Beratung selbst leider noch wenig explizite Erkenntnisse (vgl. Kupfer 2018, 89). Da die angenommenen Wirkungsweisen bereits in der Beschreibung der Interventions- und Wirkprinzipien angesprochen wurden, möchte ich an dieser Stelle auf die allgemeinen Wirkfaktoren zu sprechen kommen. In der Arbeit von Anette Kupfer (2018), die ich gleich nachzeichne, überträgt die Autorin Ergebnisse der Psychotherapieforschung von Ted Asay und Michael Lambert (2001) auf die Beratung.

Derzeit können vier Wirkfaktoren für Psychotherapie und Beratung identifiziert werden:

1. Beziehung

Die Beziehung, angepasst an die Beziehungsvorstellung des*der Klient*in/Patient*in sowie charakterisiert durch Fürsorge, Vertrauen, Hoffnung, sachdienliche, angemessene und korrekte Informationen sowie durch die bereits oben beschriebenen Beziehungsvariablen (Empathie, Echtheit etc., Kapitel 2.7.1 und 1.7.2) wirkt auf das Ergebnis des Hilfeprozesses

ses mit einem Anteil von 30 Prozent (vgl. Kupfer 2018, 90).

2. Placeboeffekt

Mit dem Placeboeffekt ist der Effekt gemeint, dass schon durch die Entscheidung zur Inanspruchnahme Verbesserung auf Seiten des*der Klient*in/Patient*in eintreten kann. Bereits dieser Schritt kann Hoffnung und Zuversicht und Selbstwirksamkeitserwartungen auslösen. Die positive Erwartung kann durch die professionell Helfenden aktiv induziert werden, aber auch unabhängig vom real stattfindenden Hilfeprozess entstehen (siehe auch Kapitel 1.7.2). Der Placeboeffekt ist mit einem Anteil von 15 Prozent für das Ergebnis der Hilfe verantwortlich (vgl. Kupfer 2018, 90 f.).

3. Externe Wirkfaktoren

Externe Wirkfaktoren wirken zu 40 Prozent auf den Hilfeprozess und sein Ergebnis. Gemeint sind alle Einflüsse, die außerhalb des Hilfeprozesses liegen. Sie umfassen einerseits Klient*innenmerkmale wie Offenheit oder Hartnäckigkeit und andererseits Umweltfaktoren, zum Beispiel unterstützende oder belastende Netzwerkbeziehungen, Lebensereignisse oder die allgemeinen Lebensbedingungen (vgl. ebd.).

4. Methoden

Aus der Perspektive der Verfahren/Schulen von Psychotherapie und Beratung, liegt die Wirkung des Hilfeprozesses in den Methoden begründet. Dies trifft vor allem auf die Sichtweise des medizinischen Modells der Psychotherapie zu (siehe Kapitel 2.5). Aber auch innerhalb anderer Perspektiven kommen Methoden deswegen zum Einsatz, weil davon ausgegangen wird, dass sie für einen speziellen Fall gewisse Wirkungen entfalten – ohne diese Annahme gäbe es den Methodeneinsatz nicht. Die Methoden strukturieren zudem (zumindest einen Teil der) Interventionsstrategien und Wirkprinzipien, die bereits oben besprochen wurden. Allerdings haben die Methoden mit einem Anteil von nur 15 Prozent nur einen sehr kleinen tatsächlichen Wirkanteil am Hilfeprozess (ebd.).

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse ergeben sich mir einige Überlegungen, die eine Rolle für die Frage nach der Abgrenzung - oder vielmehr Gemeinsamkeiten - von Beratung und Psychotherapie spielen. Meine These lautet, dass es bei Beratung und Psychotherapie auch zu Wirkungen kommt, die in einer idealtypischen Unterscheidung eigentlich der jeweils anderen Hilfeform zugeschrieben werden würden. Ich habe dies bereits in den Ausführungen in Kapitel 3.3 angerissen. Damit verfolge ich möglicherweise eine ähnliche Richtung, wie bereits Carl Rogers, der hilfreiche Kommunikation gar nicht stringent in Psychotherapie oder Beratung unterteilte. Er befand, dass Beratung, Erziehung und Therapie nur Spezialformen einer Intervention zur Persönlichkeitsentfaltung seien; Setting

und unterschiedliche Vorgehensweisen würden letztlich eine sehr untergeordnete Rolle spielen (vgl. Rogers 1961, 182, zit. nach Sander 2007, 334). Ich füge dieser These allerdings die Einschränkung hinzu, dass dies vor allem für die beraterischen Momente gilt, die sich mit den emotionalen Aspekten und den Fähigkeiten einer Person befasst. Dass die Beratung darüber hinaus auch nach außen orientierte Interventionsstrategien anwendet, habe ich bereits in Kapitel 3.3 erläutert. Aber auch im Rahmen von anwaltschaftlicher Unterstützung oder Wissensvermittlung ist vorstellbar, dass es zu emotionalen Wirkungen kommt, zum Beispiel zu der Veränderung von Einstellung, dem Abbau von Ängsten etc. Damit scheint die Wirkung, also die Art das Ergebnis der Behandlung/Beratung, letztlich kein geeignetes Kriterium, um Psychotherapie und Beratung voneinander *abzugrenzen*. Meine Begründung für diese These umfasst zwei Argumentationslinien. Die erste umfasst Überlegungen zu dem Bereich der angewendeten Methoden in Verbindung mit den anderen Wirkfaktoren „Placebo/Hoffnung“ und „Beziehung“ als aktiv unterstützte Wirkprinzipien. Die zweite Argumentationslinie nimmt die Bedeutung der externen Wirkfaktoren auf.

Beratung und Psychotherapie stützen sich auf ein ähnliches Methodenrepertoire (vgl. Großmaß 2007, 89; 101) und auch Schmitz vertritt in seiner Arbeit „Zur Struktur therapeutischen, beratenden und erwachsenenpädagogischen Handelns“ (1983) die These, sowohl die Beratung als auch die Therapie würden in jedem Fall zugleich Elemente therapeutischen und beratenden Handelns enthalten. Die Unterschiede würden lediglich in ihrer Gewichtung liegen (vgl. Schmitz 1983, 61). Es passieren also relativ ähnliche Dinge während der Psychotherapie und der Beratung, möglicherweise aber mit sehr unterschiedlichen Intentionen, da Anlass, Gegenstand und Zieldefinitionen wie oben geschrieben jeweils unterschiedlich gefasst werden. Gleichzeitig – und nun nehme ich die Argumentation Grawes auf – kann man das Therapieschehen aus sehr vielen Perspektiven heraus betrachten. Laut Grawe würde meist nur aus einer oder zwei Perspektiven Therapie gemacht; tatsächlich hätten die therapeutischen Handlungsweisen aber auch Wirkungen auf anderen Ebenen, selbst wenn diese übersehen würden oder nicht intendiert seien (vgl. Grawe 1998, 155 f.; 160 f.). Meiner Meinung nach lässt sich dies auf die „Beratungsperspektive“ übertragen. Ich gehe davon aus, dass es durch die Überschneidungen der Interventionen sowie durch die Wirkung einer Intervention auf verschiedenen Ebenen auch zu „nicht intendierten“ Wirkungen kommt. Das heißt, dass es in der Beratung auch zu therapeutischen Effekten (Umstrukturierung der Persönlichkeit, Verbesserung der psychischen Gesundheit) kommen kann und die Psychotherapie durch

ihre beraterischen Momente auch Neuorientierung und Entscheidungsfindung im Alltag unterstützt. Mit dem Beispiel der Beziehung, verstanden als Wirkfaktor und Interventionsprinzip, möchte ich diese Überlegung veranschaulichen:

Dass ein*e Berater*in seiner*ihrer Klientin ein Beziehungsangebot macht, damit für den*die Klient*in Hoffnung entsteht und Fragen, Ängste, Aufgaben und Veränderungen des Alltags bearbeitbar und bewältigbar werden, bedeutet, dass der*die Klient*in auch allgemein eine bestimmte Beziehungserfahrung macht (unabhängig von der Zielsetzung der Beratung). Diese Beziehung könnte auch eine „korrektive Beziehungserfahrung“ im psychotherapeutischen Sinne sein, nämlich eine, welche die Person nachhaltig prägt und „gesunden“ lässt. Andersherum liegt es nahe, dass auch während einer Psychotherapie beraterisch gehandelt wird, um Vertrauen und Beziehung zwischen Therapeut*in und Patient*in entstehen zu lassen. Hilfe bei der Bewältigung des Alltags, gemeinsames Besprechen und Abwägen von Entscheidungen, die Suche nach praktischen Lösungsmöglichkeiten etc. stärken das Vertrauen des*der Patient*in in sich, in die Therapie und die Person des*der Therapeut*in. Aber es hat, neben der Verbesserung von Beziehung und Erfolgserwartung in die Behandlung, eben auch den Effekt, dass tatsächlich solche (Alltags-)Probleme gelöst werden, die man sonst eher in den Kompetenzbereich der Beratung in der Sozialen Arbeit verortet hätte.

Für meine zweite Argumentationslinie erinnere ich daran, die dass beide Hilfeformen, Psychotherapie und Beratung, ein Ort der Beziehung und Kommunikation sind (siehe Kapitel 3.3). Von hier aus betrachte ich die Bedeutung der externen Wirkfaktoren:

Auch wenn ich nicht der Ansicht bin, dass das „Technologiedefizit“ die Legitimation für unmethodisches, willkürliches Handeln der professionell Helfenden darstellt, so bin ich doch der Meinung, dass die Wirkung einer Intervention erstens nicht genau planbar ist und zweitens in letzter Konsequenz auf Seiten des*der Klient*in/Patient*in „entschieden“ wird. Dafür spricht auch der Wirkfaktor „externe Wirkfaktoren“ mit einem Wirkanteil von 40 Prozent. „Extern“ bezieht sich nämlich nicht nur auf die externe Umwelt, sondern auf alles, was sich außerhalb des Einflussbereichs der Therapie oder Beratung befindet, also auch die inneren Gegebenheiten der Klient*innen und Patient*innen mitsamt ihrer Ansprechbarkeit auf bestimmte Ereignisse, Beziehungserfahrungen und Interventionen (vgl. Kupfer 2018, 90). Ob und wie sich innerpsychische Realitäten verändern (also eher „beraterisch“ oder „psychotherapeutisch“) ist also nicht wirklich determinierbar und liegt nur zu sehr geringem Grad im Einflussbereich der Therapeut*in/Berater*in und ihrer angewendeten Methoden. Dazu passt auch Grawes Feststellung, dass die

Veränderungsleistung einer Person auf das Konto ihrer eigenen inneren Kräfte geht, nicht auf das der professionell Helfenden (vgl. Grawe 1998, 95 f.).

Und so frage ich mich, ob die etwas provokante Aussage Grawes

„Die Einwirkung mit einer bestimmten Therapieform kommt demnach eher einem Schuss aus einer Schrotflinte gleich als dem aus einem Präzisionsgewehr. Die Streubereiche der Auswirkungen verschiedener therapeutischer Vorgehensweisen überlappen sich stark, obwohl auf unterschiedliche Punkte ‚gezielt‘ wurde.“ (Grawe 1998, 162 f.).

auch für die Beratung gelten könnte. Ich leite also nun, mit der Feststellung, dass es an dieser Stelle noch großen Forschungsbedarf gibt, in meine Schlussbetrachtung ein.

4. Schlussbetrachtung

Ich habe in meiner Arbeit gezeigt, dass sich sowohl die Psychotherapie als auch die Beratung bezüglich der verschiedenen existierenden Verfahren, Verständnismöglichkeiten und aufgrund ihrer Eingebundenheit in wissenschaftliche und gesellschaftliche Diskurse durch eine große Vielfältigkeit auszeichnen. Der Zugang, den ich gewählt habe, also die Identifikation von Vergleichsvariablen auf Grundlage des erweiterten Methodenverständnisses von Galuske, hat es mir ermöglicht, eine gewisse Vergleichbarkeit herzustellen – gleichwohl kann dies nur einer von vielen möglichen Betrachtungsweisen sein. So habe ich in meinem Vergleich vor allem eine theoretische Perspektive eingenommen und untersucht, wie Psychotherapie und Beratung in der Literatur gedacht und konzipiert werden. Eine andere Perspektive wäre die der Praxis und die Frage, wie sich Psychotherapie und Beratung in ihrer tatsächlichen Umsetzung unterscheiden oder gleichen. Diese Punkte habe ich nur gestreift, etwa mit dem Themenblock der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, Finanzierungsformen und meinen Ausführungen zur Wirkung. Vor dem Hintergrund meines Zugangs ziehe ich für die Frage nach Unterschieden und Gemeinsamkeiten von Psychotherapie und Beratung folgende Schlussfolgerungen:

Historisch gesehen haben Psychotherapie und Beratung unterschiedliche Wurzeln. Sie sind beides recht junge Phänomene, stammen aber nicht voneinander ab. Obwohl die Beratung in der Sozialen Arbeit in ihrer Entwicklung immer wieder Anleihen bei psychotherapeutischen Schulen und deren Zugängen, Methoden und Techniken gemacht hat, entstammt sie aus der Einzelfallhilfe und hatte damit schon immer ein eigenes Programm. Einige der Grundprinzipien der Beratung, die man heute möglicherweise der Psychotherapie anrechnet, sind eigenständig entstanden – allen voran die Beziehungsorientierung. Die Beratung in der Sozialen Arbeit ist für mich damit disziplinär klar in der Sozialpädagogik/Sozialen Arbeit verortet und kein Phänomen der Psychologie

oder Psychotherapie (auch wenn sich ebenfalls in diesen Feldern mit Beratung beschäftigt wird und die Psychologie als Bezugsdisziplin der Sozialen Arbeit dient.). Die Psychotherapie gehört zur Gesundheitsversorgung in Deutschland und ihre Kosten werden von den Krankenkassen übernommen; als Teil des Gesundheitssystems ist die Psychotherapie in einen medizinischen Diskurs eingebunden. Die Beratung in der Sozialen Arbeit hingegen ist Teil einer anderen Säule der psychosozialen Versorgung und anstatt in einem Krankheitsdiskurs bewegt sie sich vor allem im Raum pädagogischer, sozialwissenschaftlicher und politischer Themen. Diese disziplinäre und gesellschaftliche Zuordnung ist wichtig, weil sich in ihr ein gewisses Selbstverständnis zeigt, das sich inhaltlich in den untersuchten Vergleichsvariablen konkretisiert:

Der Anlass für die Inanspruchnahme von Hilfe ist sowohl bei Psychotherapie als auch Beratung, grob gesagt, die Not eines Menschen, aber in ihrem jeweiligen Gegenstandsverständnis unterscheiden sich die beiden Hilfeformen bereits. Die Psychotherapie in ihrer verbreitetsten Form begreift einen Leidenszustand als psychische oder psychosomatische Erkrankung und definiert ihren Gegenstand über eine Diagnose. Die Beratung hingegen wehrt sich eher gegen die „Pathologisierung des Alltags“, in dem sie verhaftet ist, und begreift ihren Gegenstand als Krise der Lebensbewältigung des*der Adressat*in. Dementsprechend steht dem psychotherapeutischen Ziel der Heilung oder Linderung einer Erkrankung auch dem beraterischen Ziel der Lösung des Problems/einer Bewältigungsschwierigkeit gegenüber. Dabei sind die Verbesserung des Wohlbefindens und die Linderung emotionaler Nöte in den Zielen beider Hilfeformen mit eingeschlossen. Diese Unterschiedlichkeit, mit der auf den Menschen und seine Situation geblickt wird, zeigt sich auch in den Erklärungstheorien und Annahmen zur Zielerreichung, aus denen sich die Interventionsstrategien/Methoden, die Bezugspunkte und das jeweils gewählte Setting beider Hilfeformen ergeben. Der Bezugspunkt der Beratung ist der Alltag der Adressat*innen, dementsprechend ist die Hilfe alltagsnah. Niedrigschwelligkeit, Präsenz in der Lebenswelt der Adressat*innen und dass auch wenig formalisierte und institutionalisierte Beratung zu ihrem Selbstverständnis gehört, machen dies deutlich. Die Problemsituation der Adressat*innen wird vor dem Hintergrund der persönlichen Voraussetzungen für die Bewältigungsleistungen sowie der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen betrachtet. Das heißt, der Blick richtet sich nicht nur auf die emotionale Lage und persönlichen Ressourcen (Stärken, Fähigkeiten, Reflexionsvermögen etc.) sondern auch nach außen, um soziale und materielle Hürden und Ressourcen aufzuspüren oder gesellschaftliche Bedingungen aufzudecken und für den*die Klient*in

erkennbar zu machen. Dieser doppelte Blick, ins „Außen“ und ins „Innere“ zeigt sich auch an den Interventionsstrategien „Perspektivwechsel“, „Wissensvermittlung“, „Empowerment und Kompetenzförderung“ sowie „anwaltschaftliche Unterstützung“. Die Psychotherapie hingegen richtet ihren Bezugspunkt und damit ihre Aufmerksamkeit ganz ins Innere des Menschen. Sie arbeitet mit ihren Patient*innen an einem „Ort“, der aus der Alltäglichkeit der Patient*innen herausgelöst ist; ein hochformalisiertes, institutionalisiertes und hochschwelliges Setting schafft Distanz zur Lebenswelt der Patient*innen. Die Wirkprinzipien der Psychotherapie zielen auf die emotionale Landschaft und die Handlungsmuster der Patient*innen, während die Verhandlung mit anderen gesellschaftlichen Akteuren oder Institutionen als Interventionsprinzip, anders als in der Beratung, nicht vorgesehen ist (mit einzelnen Ausnahmen, wie zum Beispiel der Einbeziehung von Familienmitgliedern in systemischen Verfahren). Bei aller Unterschiedlichkeit sind sich Psychotherapie und Beratung sehr einig, wenn es um die Bearbeitung der emotionalen Voraussetzungen einer Person geht. Hier bedienen sich beide Interventionsformen bei einem gemeinsamen Methodenkanon und machen eine vertrauensvolle Beziehung zwischen professionell Helfenden und Adressat*innen zu einer wichtigen Voraussetzung der Hilfe, die durch bestimmte Interaktionsweisen der professionell Helfenden unterstützt werden kann (Echtheit, Empathie, Zeigen von Kompetenz, Parteilichkeit etc.).

Bezüglich der Wirkung, also des Effekts auf die Adressat*innen, scheinen Psychotherapie und Beratung in der Sozialen Arbeit ebenfalls zu konvergieren. In der Psychotherapie wie auch in pädagogischen Bereichen ist ein linearer Kausalzusammenhang von Intervention und Wirkung nicht auszumachen, dafür ist die innere wie äußere Struktur des Menschen (Seelenleben, Lebensbedingungen und zufällige Ereignisse) zu komplex. Dies und die Annahme von dem Menschen innewohnenden Wachstumskräften sowie die Tatsache, dass sich beide Hilfeformen auf Beziehung und Kommunikation stützen, lässt mich folgern, dass sowohl Psychotherapie als auch Beratung sowohl heilende als auch neuorientierende Effekte haben können. Beide Hilfeformen haben meiner Ansicht nach das Potential, vorhandene Ressourcen eines Menschen zu aktivieren oder aber neue herzustellen – trotz unterschiedlicher Ausrichtungen. Damit meine ich nicht, dass Beratung letztlich das gleiche ist wie die Psychotherapie. Allein aus zeitlicher Perspektive hat die Psychotherapie mehr Gelegenheiten und Wirkmomente zur Verfügung, um die Umstrukturierung der Persönlichkeit, die Heilung von Traumata oder korrigierende (Bindungs-)Erfahrungen zu erwirken. Ob „Heilung“ aber gelingt, liegt nicht allein in der Hand des*der Therapeut*in.

Es ist auch abhängig vom „Timing“ und von Zufälligkeiten und es kann darüberhinaus auch bei andere Gelegenheiten geschehen, wie zum Beispiel in privaten Begegnungen oder eben in der Beratung. Dies gilt, auch wenn es in einem einzelnen Beratungsgespräch, zum Beispiel zu existenzsichernden Fragen, vermutlich um einiges unwahrscheinlicher ist und eine Beratung auch dann als erfolgreich gewertet wird, wenn das Problem des*der Klient*in gelöst/der Beratungsauftrag erfüllt ist, dabei aber nicht das Seelenleben des*der Klient*in nachhaltig geprägt wurde. Die Umstrukturierung der Persönlichkeit ist schließlich gar nicht Auftrag der Beratung. Ich greife an dieser Stelle mein Schlusswort zum letzten Kapitel auf und muss noch einmal darauf hinweisen, dass es im Bereich der Wirkungsforschung für die Beratung noch wenig eigenständige Forschungen gibt. Es mag sein, dass durch die Übertragung von Forschungsergebnissen der Psychotherapie auf die Beratung bereits im Vorfeld eine zu große Nähe zwischen den beiden Hilfeformen angenommen wird und Wirkaspekte, die nur in der einen oder der anderen Hilfeform vorkommen, noch nicht bekannt sind oder von mir übersehen wurden.

Ich möchte dafür plädieren, dass Sozialarbeiter*innen im Feld sich mit den Unterschieden und Gemeinsamkeiten von Psychotherapie und Beratung auseinandersetzen und sich durch die therapeutischen Effekte, die in der Beratung entstehen können, nicht dazu verleiten lassen, ihre Klient*innen eigentlich lieber zu therapieren als zu beraten. Ein rein therapeutischer Zugang verhindert meines Erachtens die Tatkräftigkeit, mit der die Soziale Arbeit in der Lage sein kann, konkrete Probleme aus dem Weg zu räumen. Zudem kann es auch einen schädlichen Effekt auf Klient*innen haben, wenn ihr Problem oder ihre Situation pathologisiert wird, denn eine heilsame Erkenntnis, die vor allem die Soziale Arbeit bereit halten kann, ist, dass manchmal (oder immer auch?) die äußeren Umstände und gesellschaftlichen Bedingungen für die eigene Lage verantwortlich sind und nicht nur das defizitäre Selbst. Meiner Meinung nach untergräbt es außerdem die Integrität und Selbstbestimmung von Klient*innen, wenn sie sich für eine Beratung entscheiden, aber eine kleine Therapie erhalten. Dieser Punkt berührt die Aspekte der Informiertheit und Freiwilligkeit, die in der Literatur zur Psychotherapie und zur Beratung in der Sozialen Arbeit eine ansehnliche Rolle spielen, die in der Praxis unterschiedlich gut umgesetzt werden – und die im Rahmen dieser Arbeit unterbelichtet geblieben sind. Wenngleich also noch einige Themen offen geblieben sind, schließe ich mit der Feststellung: Beratung in der Sozialen Arbeit hat in der Tat ihre eigene Dignität. Sie muss sich gegenüber der Psychotherapie nicht verstecken und sollte sich stattdessen, ebenbürtig und ganz im Sinne des Maxime der Vernetzung und Kooperation, um gute Zusammenarbeit bemühen.

Literaturverzeichnis

Barthelmeß, Manuel (2014): Systemische Beratung. Eine Einführung für psychosoziale Berufe. 4. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag.

Bauer, Petra/Weinhardt, Marc (2014): Perspektiven sozialpädagogischer Beratung. Empirische Befunde und aktuelle Entwicklungen. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag.

Deutscher Berufsverband Sozialer Arbeit e.V. (DBSH) (2014): Kommentar zur „Global Definition of Social Work“. Deutsche Übersetzung des DBSH - Stand 2014. Online unter: https://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/2014_DBSH_Dt_Übersetzung_Kommentar_Def_SozArbeit_02.pdf (Zugriff: 8. April 2020).

Deutscher Berufsverband Sozialer Arbeit e.V. (DBSH) (2016): Deutschsprachige Definition Sozialer Arbeit des Fachbereichstag Soziale Arbeit und DBSH. Online unter: https://www.dbsh.de/fileadmin/redaktionell/bilder/Profession/20161114_Dt_Def_Sozialer_Arbeit_FBTS_DBSH_01.pdf (Zugriff: 8. April 2020).

Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e.V. (2020): Was ist Verhaltenstherapie? Online unter: <https://www.verhaltenstherapie.de/verhaltenstherapie/was-ist-verhaltenstherapie> (Zugriff: 13. März 2020).

Dewe, Bern/Schwarz Martin P. (2013): Beraten als professionelle Handlung und pädagogisches Phänomen. 2. überarb. Aufl. Hamburg: Verlag Dr. Kovač

Dudenredaktion (2020): Faktor. Online unter: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Faktor> (Zugriff: 21. Juni 2020).

Falkai, Peter/Wittchen, Hans-Ulrich (Hg.) (2018): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. 2. korrig. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Frank, Jerome D. (1961): Persuasion and healing. 2. überarb. Aufl. Baltimore: John Hopkins University Press.

Freud, Sigmund (1953): Abriß der Psychoanalyse. Das Unbehagen in der Kultur. Frankfurt am Main und Hamburg: Fischer Bücherei.

- Galuske, Michael (2013): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 10. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag.
- Geißler, Karlheinz A./Hege, Marianne (2007): Konzepte sozialpädagogischen Handelns. Ein Leitfaden für soziale Berufe. 11. Aufl. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2019): Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie). Bundesanzeiger (BAnz AT 23.01.2020 B4). Online unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2029/PT-RL_2019-11-22_iK-2020-01-24.pdf (Zugriff: 03. Februar 2020).
- Gerrig, Richard (2015): Psychologie. 20. Aufl. Hallbergmoos: Pearson Deutschland GmbH.
- Gesellschaft für Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie e.V. (2020): Personenzentrierte Beratung. Online unter: <https://www.gwg-ev.org/beratung/personenzentrierte-beratung> (Zugriff: 26. Mai 2020).
- Goldfried, Marvin R. (1980): Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35 (11), S. 991–999. Online unter: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.11.991> (Zugriff 14. Februar 2020).
- Grawe, Klaus (1998): Psychologische Psychotherapie. Göttingen u.a.: Hogrefe Verlag.
- Gröning, Katharina (2006): Pädagogische Beratung. Konzepte und Positionen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Grundwald, Klaus/Thiersch, Hans (2018): Lebensweltorientierung. In: Otto, Hans-Uwe [u.a.] (Hg.): *Handbuch Soziale Arbeit*. 6. Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 906-915.
- Heidenreich, Thomas/Michalak, Johannes (Hg.) (2013): Die »dritte Welle« der Verhaltenstherapie. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Hellhammer, Dirk: Prof. Dr. Klaus Grawe (1943 – 2005). Online unter: <https://www.klaus-grawe-institut.ch/ueber-uns/prof-dr-klaus-grawe/> (Zugriff: 20. Juli 2020)

- Kritz, Jürgen (2001): Grundkonzepte der Psychotherapie. 5. vollst. überarb. Aufl.
Weinheim: Beltz PVU.
- Kupfer, Annett (2018): Einflussfaktoren auf Beratungsprozesse. In: Blätter der
Wohlfahrtspflege, Nr. 3, S. 89-92.
- List, Eveline (2009): Psychoanalyse. In: Sluneko, Thomas (Hg.): Psychotherapie. Eine
Einführung. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG. S. 85-114.
- Luhmann, Niklas (1994): Soziale Systeme: Grundriß einer allgemeinen Theorie. 5 Aufl.
Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Luhmann, Niklas/Schorr, Karl Eberhard (1979): Das Technologiedefizit der Erziehung und
die Pädagogik. In: Zeitschrift für Pädagogik, Nr. 25, S. 345-365.
- Luhmann, Niklas/Schorr, Karl Eberhard (1982): Das Technologiedefizit der Erziehung und
die Pädagogik. In: Luhmann, Niklas/Schorr, Karl Eberhard: Zwischen
Technologie und Selbstreferenz. Fragen an die Pädagogik. Frankfurt am Main:
Suhrkamp Verlag. S. 11-40.
- Lutz, Wolfgang (2010): Lehrbuch Psychotherapie. Bern: Verlag Hans Huber.
- Menne, Klaus (2014): Finanzierung von Beratung. In: Nestmann, Frank/Engel,
Frank/Sickendiek, Ursel (Hg.): Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze,
Methoden und Felder. 3. Aufl. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 1213-1227.
- Müller, C. Wolfgang (2013): Wie helfen zum Beruf wurde. Eine Methodengeschichte der
Sozialen Arbeit. 6. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag.
- Nestmann, Frank/Sickendiek, Ursel (2018): Beratung. In: Otto, Hans-Uwe [u.a.] (Hg.):
Handbuch Soziale Arbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag. 6. Aufl. S. 110-120.
- Nestmann, Frank (2014): Beratungsmethoden und Beratungsbeziehung. In: Nestmann,
Frank/Engel, Frank/Sickendiek, Ursel (Hg.): Das Handbuch der Beratung. Band
2: Ansätze, Methoden und Felder. 3. Aufl. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 783-796.

- Ohling, Maria (2015): Soziale Arbeit und Psychotherapie: Veränderung der beruflichen Identität von SozialpädagogInnen durch Weiterbildungen in psychotherapeutisch orientierten Verfahren. Weinheim: Beltz Juventa Verlag.
- Orlinsky, David/ Howard Kenneth: Process and Outcome in Psychotherapy. In: Bergin, Allen E./Garfield, Sol L. (Hg.): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 3. Aufl. Wiley: New York 1986, S. 311–384.
- Pantuček, Peter (1998): Lebensweltorientierte Individualhilfe. Eine Einführung für soziale Berufe. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Parfy, Erwin (2009): Verhaltenstherapie. In: Slunecko, Thomas (Hg.): Psychotherapie. Eine Einführung. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG. S. 115-141.
- Pfammatter, Mario/Junghan, Ulrich Martin/Tschacher, Wolfgang (2012): Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und eine Synthese. In: Psychotherapie, Nr. 1. S. 17-31.
- Rogers, Carl R. (2009): Eine Theorie der Psychotherapie. München und Basel: Verlag Ernst Reinhardt.
- Rotthaus, Wilhelm/Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. (2020): Von der Familientherapie zur Systemtherapie - Ein kurzer historischer Überblick. Online unter: <https://www.dgs.org/service/was-heisst-systemisch/historisches.html> (Zugriff: 15. März 2020).
- Rotthaus, Wilhelm/Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. (2020a): Was heißt systemisch? Informationen zum systemischen Ansatz und zum systemischen Arbeiten in verschiedenen Arbeitsbereichen. Online unter: <https://www.dgsf.org/service/was-heisst-systemisch> (Zugriff: 15. März 2020).
- Schilling, Johannes/Zeller, Susanne (2010): Soziale Arbeit. Geschichte – Theorie Profession. 4. Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Schilling, Johannes/Klus, Sebastian (2015): Soziale Arbeit. Geschichte – Theorie Profession. 6. Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag.

- Schmitz, Enno (1983): Zur Struktur therapeutischen, beratenden und erwachsenenpädagogischen Handelns. In: Schlutz, Erhard (Hg.): Erwachsenenbildung zwischen Schule und sozialer Arbeit. Einführende Beiträge in gegenwärtigen Aufgaben und Handlungsprobleme. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt. S. 60-78.
- Sickendiek, Ursel/Engel, Frank/Nestmann, Frank (2008): Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. 3. Aufl. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Slunecko, Thomas (Hg.) (2009): Psychotherapie. Eine Einführung. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Straumann, Ursula E. (2014): Klientenzentrierte Beratung. In: Nestmann, Frank/Engel, Frank/Sickendiek, Ursel (Hg.): Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder. 3. Aufl. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 641-654.
- Stumm, Gerhard (2009): Geschichte, Paradigmen und Methoden der Psychotherapie. In: Slunecko, Thomas (Hg.): Psychotherapie. Eine Einführung. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG. S. 29-84.
- Thiersch, Hans (1992): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben und Praxis im Sozialen Wandel. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Thiersch, Hans (2007): Sozialarbeit/Sozialpädagogik und Beratung. In: Sickendiek, Ursel/Engel, Frank/Nestmann, Frank (Hg.): Das Handbuch der Beratung. Band 1. Disziplinen und Zugänge. 2. Aufl. Tübingen: dgvt-Verlag. S.115-123.
- Thiersch, Hans (2014): Lebensweltorientierte soziale Beratung. In: Nestmann, Frank/Engel, Frank/ Sickendiek, Ursel (Hg.): Das Handbuch der Beratung. Band 2. Ansätze, Methoden und Felder. 3. Aufl. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 699-709.
- Wampold, Bruce E. (2001): The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, Bruce E./Imel, Zac E./Flückiger, Christoph (2018): Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht. Bern: Hogrefe Verlag.

Weinberger, Joel (1995): Common factors aren't so common: The common factor dilemma. In: Clinical Psychology: Science and Practice, Nr. 2. S. 45-69.

Wendt, Wolf Rainer (2019): Von der Einzelfallhilfe zum Case-Management. In: Kreft, Dieter/Müller, Wolfgang C. (Hg.): Methodenlehre in der Sozialen Arbeit. 3. Aufl. München: Ernst Reinhart Verlag. S. 69-79.

Wittchen, Hans-Ulrich/Hoyer, Jürgen (2011): Klinische Psychologie & Psychotherapie. 2. Aufl. Berlin/Heidelberg/New York: Springer Verlag.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 03. August 2020

Frieda Mauruschat