

Partizipation in der Beratung und der Sozialtherapie

Jürgen Beushausen

Schriften zur psychosozialen Gesundheit

Jürgen Beushausen
Partizipation in der Beratung
und der Sozialtherapie



Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek:

Jürgen Beushausen

Partizipation in der Beratung und der Sozialtherapie

Goßmannsdorf b. Würzburg: ZKS / Verlag für psychosoziale Medien
Alle Rechte vorbehalten

© 2019 Jürgen Beushausen
ISBN 978-3-947502-18-9

Technische Redaktion: Meike Kappenstei

Lektorat: Tony Hofmann

Layout: Hanna Hoos

Cover-Design: Leon Reicherts / Tony Hofmann

Herausgeber der „Schriften zur psychosozialen Gesundheit“:

Prof. Dr. Helmut Pauls

Prof. Dr. Frank Como-Zipfel

Dr. Gernot Hahn

**Anschrift Zentralverlag für Klinische Sozialarbeit / Verlag
für psychosoziale Medien:**

ZKS / Verlag für psychosoziale Medien

Winterhäuser Str. 13

97199 Goßmannsdorf / Ochsenfurt

Inhalt	Seite:
1. Einleitung	6
2. Die Stufen der Partizipation	8
3. Grundlegende Konzepte und Haltungen	11
4. Partizipatives Handeln in der Beratung und der Sozialtherapie	19
5. Mögliche Probleme bei der Umsetzung	25
6. Ausblick	28
7. Literatur	29

Zusammenfassung

Während bereits seit Längerem in der Gesundheitsförderung Partizipationskonzepte Standard geworden sind, werden diese Konzepte in der Theorie und Praxis der Beratung und Sozialtherapie bisher nur sehr unzureichend umgesetzt. Ziel dieses Artikels ist es diesen Diskurs anzuregen. Daher werden nach einer Einleitung zu dieser Thematik partizipative Grundhaltungen diskutiert und diese im Weiteren in Bezugnahme auf die „Stufen der Partizipation“ (M. Wright) auf die Beratungspraxis bezogen und auf Probleme bei der Umsetzung hingewiesen.

1. Einleitung

Partizipation gilt seit der Proklamierung der Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation als ein generelles zentrales Prinzip der Gesundheitsförderung¹. Seit Langem wird die Partizipation der Adressaten, in den Bedeutungen einer Teilnahme, Teilhabe, Beteiligung oder Inklusion, als ein zentrales Merkmal der guten Praxis in vielen Bereichen der Gesundheitsförderung, der Prävention und in der Sozialen Arbeit in Teilbereichen (z. B. der Behinderten- und Jugendhilfe) zumindest teilweise umgesetzt (vgl. Hartung/Wright 2015). Während unbestritten ist, dass eine demokratische Gesellschaft auf Partizipation angewiesen ist, ist diese Herausforderung im Kontext der Beratung und (Sozial)Therapie bisher nur sehr wenig fokussiert worden. Gegenüber anderen Feldern ist die partizipative Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen noch sehr wenig verbreitet (vgl. Simon et al. 2009). Am ehesten finden sich partizipative Ansätze in der Jugendhilfe (vgl. Schopp 2010) und der Traumapädagogik (vgl. Kühn 2013). Menschen mit psychischen Erkrankungen wollen jedoch, so Bock (2012), nicht nur medizinisch geprägte Informationen, sondern Mitsprache, Wahrnehmung als Person und die gemeinsame Suche nach individuellen Unterstützungsansätzen.

Die Gesundheitsförderung proklamiert das Ziel einer möglichst umfassenden Partizipation der Klienten an der Planung, Steuerung, Auswertung, Durchführung und Evaluation von Maßnahmen (vgl. Franzkowiak, P. u. Homfeldt H.G. 2012). Als ein normatives Ziel dient Partizipation dazu, die Selbstbestimmung sowie die Selbsthilfefähigkeit und Verteilungsgerechtigkeit für eine Zielgruppe zu erhöhen, auch um Empowerment zu erreichen (Florence Fritz (o.J.). In diesem Kontext beinhaltet dieses Postulat auch, dass nicht die Politik oder der Geldgeber alleine entscheiden, sondern eine möglichst umfassende Mitbestimmung der Adressaten und der MitarbeiterInnen durch konsensorientierte Prozesse erreicht werden soll. Dies schließt die gemeinsame Bestimmung des Problems, des Bedarfs und der Ziele ein. Auch die Qualitätssicherung und Evaluation sollen sprachlich und methodisch so umgesetzt werden, dass alle Beteiligten den gesamten Prozess und die Ergebnisse nachvollziehen können. So wird generell ein partnerschaftliches Verhältnis zwischen allen Beteiligten angestrebt.

Mit diesem Beitrag soll der Diskurs über eine vertiefte, systematische Partizipation in den Arbeitsfeldern der Beratung und Sozialtherapie² angestoßen werden. Einführend werden die Stufen der Partizipation der Gesundheitsförderung vorgestellt, anschließend werden

¹ Im Januar 2017 erschien unter dem Titel „Partizipation in der Beratung und Sozialtherapie wagen!“ eine gekürzte Fassung dieses Artikels in der Zeitschrift Soziale Arbeit (DZI).

² Im Weiteren beziehen sich alle Ausführungen grundsätzlich auch auf die Sozialtherapie, auch wenn sie nicht mehr explizit genannt wird.

grundlegende partizipative Konzepte und Haltungen vorgestellt. Anschließend werden Überlegungen und erste handlungsleitende Empfehlungen für die Beratung und Sozialtherapie vorgestellt und auf mögliche Probleme bei der Umsetzung verwiesen.

2. Die Stufen der Partizipation

M. Wright (2012 u. 2007) beschreibt den Partizipationsprozess in neun Stufen:

Stufe 9:	Selbstorganisation	weit über Partizipation hinaus
Stufe 8:	Entscheidungsmacht	
Stufe 7:	Teilweise Entscheidungskompetenz	Partizipation
Stufe 6:	Mitbestimmung	
Stufe 5:	Einbeziehung	
Stufe 4:	Anhörung	Vorstufen der Partizipation
Stufe 3:	Information	
Stufe 2:	Anweisung	
Stufe 1:	Instrumentalisierung	Nicht-Partizipation

Tabelle Nr. 1: Stufen der Partizipation nach Wright (2012)

Auf der Stufe eins beinhaltet Instrumentalisierung, dass die Belange der Zielgruppe keine Rolle spielen (Beispiel: Auf einer Personalversammlung bilden die MitarbeiterInnen lediglich das Publikum für ein Pressefoto.). Die Interessen der Entscheidungsträger stehen ebenfalls auf der zweiten Stufe im Mittelpunkt. Eine zunehmend stärkere Einbindung der Zielgruppen in Entscheidungsprozesse weisen die Vorstufen der Partizipation auf, hier ist jedoch noch kein direkter Einfluss auf die Prozesse möglich. Zum Beispiel wird auf der Stufe drei (Information) dem Klienten mitgeteilt, welche Hilfen benötigt werden und dazu verschiedene Handlungen und Verhaltensweisen empfohlen. Hierbei werden, insbesondere um die Akzeptanz der gegebenen Informationen und die Aufnahme der Botschaften zu fördern, die Perspektiven der jeweiligen Zielgruppe berücksichtigt. Bei der Stufe vier interessieren sich die Entscheidungsträger für die Sichtweisen der Zielgruppen, die Adressaten haben jedoch keine

Kontrolle darüber, ob ihre Positionen beachtet werden. Nach Wright (2012: 97) sind für den Kontext der Beratung in dieser Stufe auch Anamnesegespräche einzuordnen. In der Stufe fünf hat eine Einbeziehung der Beteiligten noch keinen verbindlichen Einfluss auf die Entscheidungsprozesse. Partizipation erfolgt ab der Stufe sechs, der Mitbestimmung. Auf dieser Stufe werden wesentliche Aspekte einer Maßnahme abgestimmt, die Zielgruppenmitglieder haben ein Mitspracherecht, jedoch keine alleinige Entscheidungsbefugnis. Ab der Stufe sieben erfolgt teilweise eine Übertragung von Entscheidungskompetenzen, während in der Stufe acht bereits eine Entscheidungsmacht der Zielgruppenmitglieder in allen wesentlichen Aspekten der Maßnahme erfolgt. Dies geschieht im Rahmen einer gleichberechtigten Partnerschaft. Über die Stufe der Entscheidungsmacht weist die Stufe neun, die Selbstorganisation, hinaus. Hier wird eine Maßnahme von den Mitgliedern der Zielgruppe selbst initiiert und durchgeführt. Die alleinige Verantwortung liegt bei der Zielgruppe³.

Wright (2012) sieht in seinem Stufenmodell ein Instrument zur Förderung der kritischen Reflexivität. Das Streben nach einem hohen Grad von Partizipation ist für den Autor bereits ein Qualitätsmerkmal, jedoch lassen sich die Ergebnisse solcher Bestrebungen nicht kontextunabhängig vergleichen. Je nach Setting, vorhandenen Ressourcen und bisherigen Erfahrungen und Erwartungen mit der Partizipation ist für jeden Zeitpunkt und Entwicklungsprozess mehr oder weniger Partizipation möglich. Wright (2012: 96) merkt kritisch an, dass viele herkömmliche Formen der medizinischen, psychotherapeutischen, pädagogischen und sozialarbeiterischen Beratung und Therapie in der Stufe 2, der Nicht-Partizipation, zu verorten sind. Diese Maßnahmen seien durch die alleinige Verantwortung der Fachkräfte für die Definition, die Diagnose des Problems und dessen Beseitigung geprägt.

Bevor grundlegende Haltungen und Modelle einer partizipativen Beratung beschrieben werden, soll zunächst das obige Stufenmodell von Wright mit Straßburger und Rieger (2014) auf die Soziale Arbeit bezogen werden.

³ Als Beispiel nennt Wright (2012: 98) hier die Eröffnung einer Beratungsstelle von Menschen mit Diabetes.

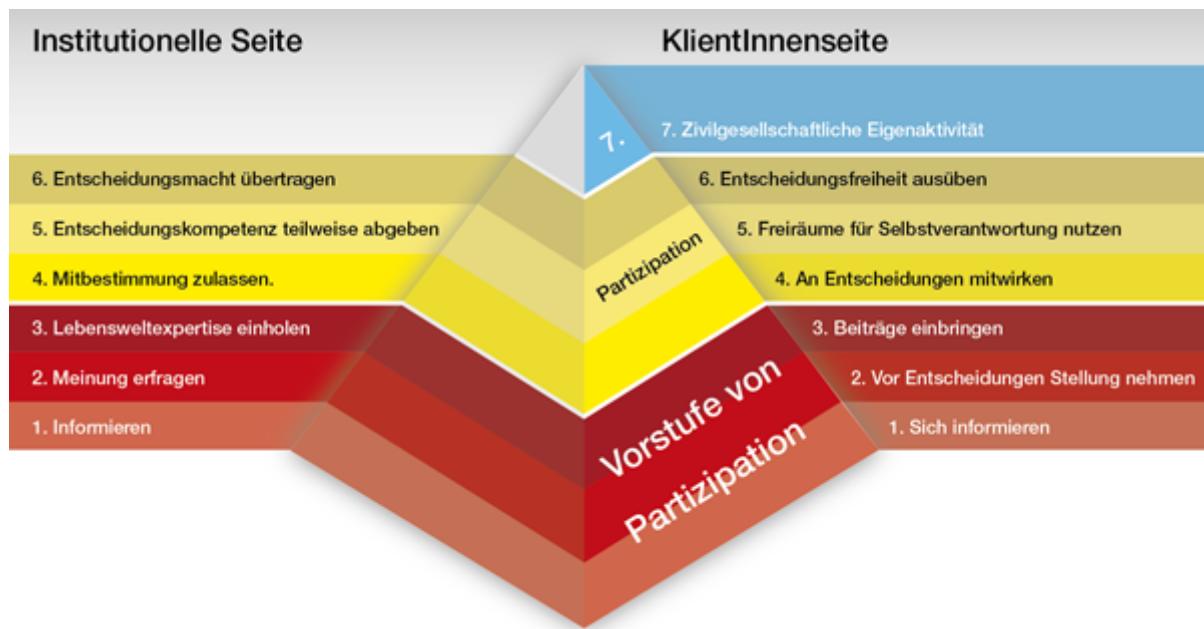


Abbildung Nr. 1: Stufenmodell Partizipation (in Anlehnung an Straßburger/Rieger 2014)

Für Rieger basiert die partizipative Ausrichtung auf:

- „1. Empowerment als dem primären Auftrag der professionellen Unterstützung anzusehen
- 2. die konkrete Arbeitsweise an den Interessen der Adressat_innen auszurichten
- 3. sich an deren Lebenswirklichkeit zu orientieren
- 4. auf ihre Stärken zu bauen und
- 5. ihre Unabhängigkeit fördern.“ (Rieger 2015, 2)

Auch Lenz (2012) fordert dazu auf, Partizipation als grundlegende Handlungsstrategie zu betrachten. Zu dieser Handlungsstrategie gehören für Lenz eine informierte Zustimmung der Klienten, z. B. über Diagnose und mögliche Einflussfaktoren, Entwicklungsrisiken und Belastungsfaktoren, Risiken und Chancen möglicher Vorgehensweisen und Interventionen. In diesem Kontext müssen Klienten in einer „Sprache“ informiert werden, die sie „mitentscheidungsfähig“ macht. Ziele und mögliche Interventionen sind gemeinsam auszuhandeln, sodass hieraus eine geteilte Entscheidungsfindung folgt. Dieser Prozess (vgl. Lenz 2012) beinhaltet einen Informationsaustausch, eine gemeinsame sprachlich angemessene Erörterung und eine gemeinsame Entscheidung und Umsetzung.

3. Grundlegende Konzepte und Haltungen

Eine partizipative Ausrichtung der Beratung und Sozialtherapie basiert auf einer Reihe von Haltungen und Konzepten, auf die eingegangen werden soll. Hierzu gehört insbesondere das Empowermentkonzept. Empowerment ist ein Sammelbegriff für Arbeitsansätze der psychosozialen Praxis, dessen Ziel es ist, Menschen zu ermutigen, eigene Stärken und Ressourcen zu entdecken und zu entwickeln. Menschen werden unterstützt, Wege zu einem selbstbestimmten und autonomen Handeln im Sinne einer „Selbstbefähigung“, einer Stärkung von Autonomie und Eigenmacht, zu entwickeln⁴. Auf der leiblichen Ebene bildet sich dies im Bild des „aufrechten Ganges“ ab.

Empowerment auf der individuellen Ebene richtet insbesondere den Blick auf die Ressourcen und nicht auf die Defizite. Wie auch im Konzept der Salutogenese von Antonovsky, wird hier davon ausgegangen, dass Menschen die Möglichkeit haben, ihr Leben selber zu gestalten und Lebenssouveränität zu gewinnen. Eine Voraussetzung für diese geforderte fachliche Haltung ist eine grundsätzliche Offenheit für andere Sicht- und Verhaltensweisen sowie die Bereitschaft, die Bedeutung des Lebenskontextes der Klienten zu beachten. Dies geschieht auf dem Hintergrund, dass die gefundenen Lösungen nicht für den Helfer, sondern zum Adressaten passen müssen (vgl. Beushausen 2016, 2014b). Somit bieten auch Passungsmodelle zum einen eine Möglichkeit, zu verstehen, was entscheidend für den Erfolg (Wirksamkeit) einer psychosozialen Unterstützung ist und zum anderen, welche Stufe der Partizipation anzustreben ist.

Einbinden lassen sich Passungsmodelle in systemtheoretische Betrachtungen. Für Niklas Luhmann (1997) sind Krankheiten eine nicht gelungene System-Umwelt-Passung, d. h. es gelingt dem System nicht, sich bei auftretenden Perturbationen den veränderten Bedingungen anzupassen. Kurz- oder langfristig ist somit eine Bedrohung der Kohärenz des Systems und damit seines Überlebens gegeben. Psychosoziale Probleme, zum Beispiel Verhaltensstörungen,

⁴ Empowerment interveniert auf verschiedenen subjektbezogenen Handlungsebenen, wenn diese gestärkt werden und hierbei gemeinsam Ideen zur Lösung eines Problems entwickelt werden. In der Jugendhilfe zeigt sich dies beispielsweise bei der Nutzung eines Familienrates, wenn Personen aus der Familie und dem weiteren Umfeld weitestgehend partizipativ in die Lösungsfindung und -umsetzung eingebunden werden. Auf einer zweiten Ebene, der Gruppenebene, geht es insbesondere um den Aufbau von Selbsthilfegruppen und sozialen Netzwerken, um Menschen Räume zu bieten sich mit anderen zusammenzuschließen und gemeinsam Verbesserungen zu erreichen. Auf der institutionellen Ebene wird das Empowermentkonzept genutzt, um Veränderungen in der Grundstruktur von Institutionen zu erreichen. Auf einer allgemeinen gesellschaftlichen und sozialpolitischen Ebene gilt es Menschen zu befähigen auf gesellschaftliche und politische Prozesse Einfluss zu nehmen (vgl. Rieger und Straßburger 2014).

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

Zum Verständnis dieser Kopplungsprozesse trägt eine Anmerkung seitens Heinz von Foerster (1997) bei, der den Begriff „passen“ von von Glaserfeld aufnimmt. „Passen“ meint aus dieser Perspektive nicht Anpassung, sondern eine Passung, mit der bildlich gesprochen, wie mit einem Schlüssel ein Schloss geöffnet werden kann. So ist vorstellbar, dass bei der Kopplung von Systemen einige Schlüssel passen, andere hingegen nicht. Interaktion findet statt, wenn Systeme zusammentreffen und dabei wechselseitig strukturelle Veränderungen auslösen. Offen bleibt, was und welcher Impuls diese Interaktion auslöst und welche Folgen dies für ein nicht-triviales System hat. Unter einem nichttrivialen System⁵ (Lebewesen) wird in diesem Kontext Folgendes verstanden: Nicht-triviale Systeme sind analytisch unbestimmbar, vergangenheitsabhängig und voraussagbar. Da der innere Zustand mit dem Operator gekoppelt ist, ändert sich nach jedem Arbeitsgang sein Programm, es folgt auf den gleichen Input ein anderer Output (Beushausen 2016).

Grundlegend sollten Helfer beachten, dass Menschen/Personen als „nichttriviale Systeme“ nur angestoßen, oder auch verstört werden können, aber nie direkt beeinflussbar sind. Dies bedeutet für die Helfer: Eine Person (System) kann nur angestoßen werden, so dass wir nie genau wissen, wie eine Intervention letztlich wirkt, wir müssen jedoch immer mit der Annahme von Wahrscheinlichkeiten operieren. Zudem lässt sich hieraus folgern, dass ein System immer die Anstöße aufnimmt, die „passen“, d. h. den Bedürfnissen und Erfahrungen entsprechen. Dies kann ein Medikament, eine ergotherapeutische Maßnahme, das Lauftraining, ein Hinweis eines Selbsthilfegruppenmitgliedes oder eine verbale Intervention in einem Gespräch sein. Der Klient, als nicht-triviales System, entscheidet somit nach seinen inneren Vorgaben und seiner Geschichte, welche „Schlüssel passen“, welche Methode und welcher Helfer wirkt. Klienten als nicht-triviale Systeme suchen sich (wenn Wahlmöglichkeiten bestehen) entsprechend ihrer Bedürfnisse und Vorerfahrungen einen für sie passenden Helfer, das passende Setting oder/und die Interventionsmethode aus, bzw. sie verrechnen die entsprechenden Anstöße des Helfers entsprechend. Geht ein Klient z. B. davon aus, dass nur Einzelgespräche helfen, wird er

⁵Triviale Systeme (z. B. Maschinen) sind hingegen analytisch bestimmbar, vergangenheitsunabhängig und voraussagbar. Sie reagieren immer auf die gleiche Art, d. h. wir wissen, was wir erwarten können und sind für den Beobachter durchschaubar und steuerbar.

vielleicht annehmen, dass Gruppenangebote nicht hilfreich sind. Damit sinkt bei aller Unberechenbarkeit die Wahrscheinlichkeit, nicht vom Besuch einer Gruppentherapie oder Selbsthilfegruppe zu profitieren. Geht er hingegen davon aus, dass ein „Selbstbetroffener“ ihn am besten verstehen kann, sind möglicherweise dessen Interventionen besonders wirksam und hilfreich. Diese Annahme wird durch die Erkenntnis gestützt, nach denen die Erwartungen des Klienten einen bedeutsamen Wirkfaktor ausmachen (vgl. Beushausen 2014b).

Die jeweilige individuell notwendige Passung lässt sich noch näher differenzieren. Hierzu gehören zunächst nach Schmidt-Lellek (2006: 366f.):

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

Ergänzt werden in einer summarischen Auflistung weitere zu berücksichtigende Aspekte (ausführlicher siehe Beushausen 2016):

- Passt die angewandte Form der Diagnostik?
- Ist der passende Weg der Heilung und der Förderung gewählt, wird in diesem Kontext die passende Interventionsform (z. B. Entspannungstraining, Psychotherapie, Ergotherapie, Prävention u. a.) empfohlen?
- Passen der formale Kontext und die zu betreuende Institution zusammen?
- Wird der soziale Kontext, die Milieufaktoren, Armut, Bildung, Kultur u. a. angemessen berücksichtigt?
- Sind die jeweiligen Klienten durch die Helfer und seinen Kontext erreichbar? Sind z. B. Hausbesuche oder eine Onlineberatung ein besseres Setting?
- Passt der situative Kontext bzw. das Setting? Ist eine Kurzzeitberatung, Psychoanalyse, Krisenintervention, Trennungsberatung etc. notwendig?

- Besteht eine Passung zwischen dem Alter, Geschlecht und den Lebenserfahrungen des Klienten und des Beraters? Besondere Passungsprobleme sind bei einer Antipathie zwischen Berater und Klient gegeben.
- Passt der Zeitpunkt für eine Hilfe oder sollte die Hilfe zu einem vereinbarten anderen Zeitpunkt einsetzen?
- Passt der Auftrag der Institution zu den Zielen und Anliegen des Klienten?
- Sind ausreichende und passende Ressourcen (zeitliches Budget, Ausstattung etc.) vorhanden?
- Wird angemessen problem- oder/und lösungszentriert, defizit- und/oder ressourcenorientiert gearbeitet?
- Wird die passende Stufe der Partizipation angestrebt? Wer entscheidet die? Welche Interessen sind hier bedeutsam?

Für die Helfer bedeutet dies: Sie müssen selbstkritisch einschätzen, wo er und seine Institution wirksam und hilfreich sein kann, ob das Setting und die Methode „passt“ und sobald dies nicht der Fall ist Alternativen, z.B. eine Vermittlung an andere Institutionen, mit dem Klienten erörtern (vgl. Beushausen 2016). Im Vordergrund steht für den Klienten das Angebot, das für ihn kompetente Hilfe erwarten lässt. Damit der Klient eine für ihn passende Partizipationsstufe wählen kann, sollte er diese ausprobieren können. In der Praxis kann dies beispielsweise bedeuten, dass mit einem Klienten zu Beratungsbeginn eine Vereinbarung getroffen wird, verschiedene Formen der Unterstützung und Förderung auszuprobieren.

Ein weiterer Ausgangspunkt für die partizipative Haltung in der Beratung ist die Überzeugung: Es gibt keine unmotivierten Klienten, sondern nur ambivalent motivierte. Die entscheidende Frage ist: Wozu ist jemand motiviert? Zu bedenken ist, dass die Aussage, Klienten seien unmotiviert, oftmals so gemeint ist, sie möchten nicht das machen, was wir für sinnvoll halten.

Albert Lenz (2010) betont in diesem Zusammenhang den Kontext der Ressourcenaktivierung. Er sieht die professionellen Helfer in der Rolle der Geburtshelfer und Begleiter in einem gemeinsamen Prozess des Suchens und Entdeckens. Diese Suche hat das Ziel, schlummernde Bereitschaften und Möglichkeiten zu aktivieren und den Blick für Kräfte und Stärken zu wecken. Voraussetzung hierfür ist, dass der Helfer bereits zu Beginn seiner Tätigkeit die Wahrnehmung hin auf Ressourcen orientiert. Aus der unterschiedlichen Wahrnehmung des Klienten und des Helfers können sich produktive Selektions- und Definitionsprozesse entwickeln, aus denen sich die Veränderungen ableiten. Die Orientierung erfolgt weg von der

Problemfokussierung hin zur Fokussierung auf Lösungen und Ressourcen. In diesem Prozess benötigt der Klient immer wieder Unterstützung, Anregung und Mithilfe, um die Perspektive der Ressourcenwahrnehmung zu schärfen und zu stabilisieren.

Ein weiteres Modell, das des „Nichtwissens“, ist eine weitere bedeutsame grundlegende Haltung: Kleve ermutigt professionelle Helfer die Haltung des Nichtwissens entgegen dem vorherrschenden Modell einer professionellen Beziehung, in dem der Experte über Wissen und Können verfügt und der Laie, also der Klient/Patient, den Anweisungen zu folgen habe, einzunehmen. Hintergrund für diese Haltung ist die Einsicht, dass Menschen nicht mechanistisch oder trivial handeln, denn sie lassen sich nicht zielgerichtet beeinflussen und von außen steuern, sondern nur anstoßen. Kleve plädiert folglich dafür, Nichtwissen nicht nur als erfahrbare Realität zu akzeptieren, sondern sogar als entscheidende Ressource umzudeuten. Professionelle Helfer können Klienten nur dann nachhaltig stärken, wenn sie akzeptieren, dass sie nicht wissen, was das Beste für die Klienten ist. Akzeptanz, Achtung und Anerkennung des Nichtwissens sind somit entscheidende Haltungen, wenn es, so Kleve, um die Initiierung von Prozessen der Förderung von Empowerment geht (Kleve 2014: 217, Kleve 2016).

Der Helfer sollte z. B. wissen, wo er Experte ist, wo er Sachkenntnis hat, wo ein konfrontierender Gesprächsstil angemessen ist oder wie der Ausbau eines besseren sozialen Netzwerkes zu fördern ist. Der Helfer sollte wissen, über welche Probleme er ausreichend Kenntnisse besitzt, in welches Verhalten und in welche Gefühle er sich einfühlen kann und wo er Nicht-Experte, Nicht Wissender (Kleve 2016) ist.

Nestmann und Sickendiek (2008) postulieren eine ähnliche Forderung, die nach einer „Positiven Nichtsicherheit“, die sie jedoch anders begründen: Sie beschreiben einen stetigen, unvorhersehbaren, schnellen und komplexer gewordenen Wandel in allen Lebensbereichen unserer Gesellschaft. Das einzige, was sicher ist, ist die Unsicherheit. Klienten suchen im Beratungsgeschehen in der Regel jedoch mehr Sicherheit für ihr Handeln und ihre Entscheidungen oder mehr Kontrolle und Gewissheit in Hinblick auf die zukünftige Lebensentwicklung (Nestmann/Sickendiek 2013: 1448). Berater teilen jedoch gemeinsam mit ihren Klienten eine prinzipielle Ungewissheit und Unsicherheit. Nestmann und Sickendiek betonen die Notwendigkeit, Ambiguität und Inkonsistenz akzeptieren zu können und die eigene Intuition ernst zu nehmen. Rationale, lineare, kognitiv planende Entscheidungsmodelle von Beratung sind damit nicht überflüssig, sie reichen jedoch nicht mehr aus, da wir eine subjektive intuitive Kreativität und Rahmung im Beratungsprozess benötigen. Entscheidungsprozesse

werden so zu Entdeckungsprozessen. Berater haben die Aufgabe Subjektivität zu entwickeln, möglicherweise Überzeugungen aufzugeben und Entscheidungen auf die Probe zu stellen. Klienten werden daher angeleitet im Konzept der „Positiven Nichtsicherheit“ Gedanken zu wagen, die nicht unbedingt rational sind. „Positive Nichtsicherheit“ wird als kreative Entscheidungsfindung betrachtet (vgl. Nestmann/Sickendiek 2008).

Diese Haltung des Nichtwissens beinhaltet auch, Zweifeln als eine weitere Grundhaltung zu würdigen. Ein Berater kann nicht erwarten, dass die Klienten von ihrem Handeln überzeugt sind und dass generell Unterscheidungen eindeutig zutreffend sind. Wie ausgeführt, gehören Unsicherheiten zum Leben dazu. So propagiert auch Petzold eine fördernde Haltung einer Kultur des „kultivierten Zweifelns“, um nicht in die Haltung eines alarmierenden Zweifelns mit seinen begleitenden Affekten der Besorgnis, Angst, Verzweiflung und des Widerwillens zu verfallen und stattdessen alternative Affekte wie Neugier, Interesse, Hoffnung etc. bestimmend werden zu lassen, nämlich die Zuversicht zu wahren, neue Erkenntnisse und neue Lösungen zu evozieren (Petzold 2014).

Partizipative Beratung und Sozialtherapie beinhaltet somit zusammenfassend für den Helfer eine Verinnerlichung des Auftrages, Empowerment zu fördern. Sie verfolgt unabhängig vom konkreten Setting das übergeordnete Ziel, dass jeder Mensch selbstbestimmt leben und an der Gesellschaft teilhaben kann (vgl. Rieger 2015). Helfer sollten davon ausgehen, dass sich jeder Mensch auf individuelle Art in soziale Prozesse einbringen kann, die ihn selbst und sein Umfeld betreffen. Ziel ist die Ermutigung und der Ausbau von Kompetenzen, damit sich Betroffene erfolgreich für eigene Ziele einsetzen können. Dies benötigt eine Haltung für die professionellen Helfer Empowerment von Anfang an ernst zu nehmen. Dieser Prozess beinhaltet die Einnahme der Adressatenperspektive und setzt bei der Entscheidung über die Inhalte des Beratungsprozesses am Willen der Betroffenen an. Die Interessen der Klienten werden zum Ausgangspunkt der gemeinsamen Arbeit, um im Dialog zu klären, welchen Unterstützungsbedarf Betroffene haben und welche Bewältigungs- und Lösungsstrategien zu ihrem Leben passen (vgl. Rieger 2015). Solch eine Haltung beinhaltet auch die Lebensweltexpertise des Klienten ernst zu nehmen. Nicht zuletzt ist Partizipation, dies soll abschließend betont werden, auch auf institutionelle strukturelle Weichenstellungen angewiesen.

Der Helfer muss z. B. wissen, wo er Experte ist, wo er Sachkenntnis hat, wo ein konfrontierender Gesprächsstil angemessen ist oder wie der Ausbau eines besseren sozialen

Netzwerkes zu fördern ist. Der Helfer sollte wissen, über welche Probleme er ausreichend Kenntnisse besitzt, in welches Verhalten und in welche Gefühle er sich einfühlen kann und wo er Nicht-Experte ist

Nestmann und Sickendiek (2008) fordern ähnlich eine „Positive Nichtsicherheit“, die sie jedoch anders begründen: Sie beschreiben einen stetigen, unvorhersehbaren, schnellen und komplexer gewordenen Wandel in allen Lebensbereichen unserer Gesellschaft. Das einzige, was sicher ist, ist die Unsicherheit. Klienten suchen im Beratungsgeschehen in der Regel jedoch mehr Sicherheit für ihr Handeln und ihre Entscheidungen, oder mehr Kontrolle und Gewissheit in Hinblick auf die zukünftige Lebensentwicklung (Nestmann/Sickendiek 2013: 1448). Berater teilen jedoch gemeinsam mit ihren Klienten eine prinzipielle Ungewissheit und Unsicherheit. Nestmann und Sickendiek betonen die Notwendigkeit, Ambiguität und Inkonsistenz akzeptieren zu können und die eigene Intuition ernst zu nehmen. Rationale, lineare, kognitiv planende Entscheidungsmodelle von Beratung sind damit nicht überflüssig, sie reichen jedoch nicht mehr aus, da wir eine subjektive intuitive Kreativität und Rahmung im Beratungsprozess benötigen. Entscheidungsprozesse werden so zu Entdeckungsprozessen. Berater haben die Aufgabe Subjektivität zu entwickeln, möglicherweise Überzeugungen aufzugeben und Entscheidungen auf die Probe zu stellen. Klienten werden daher angeleitet im Konzept der „Positiven Nichtsicherheit“ Gedanken zu wagen, die nicht unbedingt rational sind. „Positive Nichtsicherheit“ wird so als kreative Entscheidungsfindung betrachtet (vgl. Nestmann/Sickendiek 2008).

Diese Haltung des Nichtwissens beinhaltet auch, Zweifeln als eine weitere Grundhaltung zu würdigen. Ein Berater kann nicht erwarten, dass die Klienten von ihrem Handeln überzeugt sind und dass generell Unterscheidungen eindeutig zutreffend sind. Wie ausgeführt, gehören Unsicherheiten zum Leben dazu. So propagiert auch Petzold eine fördernde Haltung einer Kultur des „kultivierten Zweifelns“, um nicht in die Haltung eines alarmierenden Zweifelns mit seinen begleitenden Affekten der Besorgnis, Angst, Verzweiflung und des Widerwillens zu verfallen und stattdessen alternative Affekte wie Neugier, Interesse, Hoffnung etc. bestimmt werden zu lassen, nämlich die Zuversicht zu wahren, neue Erkenntnisse und neue Lösungen zu evozieren (Petzold 2014).

Partizipative Beratung und Sozialtherapie beinhaltet somit zusammenfassend für den Helfer eine Verinnerlichung des Auftrages, Empowerment zu fördern. Sie verfolgt unabhängig vom konkreten Setting das übergeordnete Ziel, dass jeder Mensch selbstbestimmt leben und an der

Gesellschaft teilhaben kann (vgl. Rieger 2015). Helfer sollten davon ausgehen, dass jeder Mensch **sich** in seiner individuellen Art sich in soziale Prozesse einbringen kann, die ihn selbst und sein Umfeld betreffen. Ziel ist die Ermutigung und der Ausbau von Kompetenzen, damit sich Betroffene erfolgreich für eigene Ziele einsetzen können. Dies benötigt eine Haltung für die professionellen Helfer Empowerment von Anfang an ernst zu nehmen. Dieser Prozess beinhaltet die Einnahme der Adressatenperspektive und setzt bei der Entscheidung über die Inhalte des Beratungsprozesses am Willen der Betroffenen an. Die Interessen der Klienten werden zum Ausgangspunkt der gemeinsamen Arbeit, um im Dialog zu klären, welchen Unterstützungsbedarf Betroffene haben und welche Bewältigungs- und Lösungsstrategien zu ihrem Leben passen (vgl. Rieger 2015). Solch eine Haltung beinhaltet auch die Lebensweltexpertise des Klienten ernst zu nehmen. Nicht zuletzt ist Partizipation, dies soll abschließend betont werden, auch auf institutionelle strukturelle Weichenstellungen angewiesen.

4. Partizipatives Handeln in der Beratung und der Sozialtherapie

Im Folgenden sollen die Grundhaltungen auf verschiedene Aspekte der Beratung und Sozialtherapie bezogen werden. Allgemein hat die Umsetzung einer größeren Partizipation Faktoren der gesellschaftlichen Diversität zu beachten, denn die Verschiedenheit, Vielfalt und Pluralität von Menschen hängt eng mit unseren Modellen einer sozialen Partizipation zusammen (Kleve 2016). Kleve (2016: 61 - 64) nennt in Hinblick auf die Bedeutung der Diversität in der Sozialen Arbeit die folgenden Aspekte, die auch im Kontext der Partizipation von grundsätzlicher Bedeutung sind:

- Soziale Lage
- Geschlechterdifferenz
- Sexuelle Orientierung
- Ethische und religiöse Differenzen
- Altersdifferenzen
- Biopsychosoziale Ausstattungs- und Fähigkeitsdifferenzen
- die Unterscheidung von Menschen mit und ohne Behinderung
- Pluralisierung der Lebenswelten (bezieht sich auf immer weniger einheitliche normative Muster).

Lenz (2010) schlägt drei Wege vor, mit denen sich partizipative Elemente gezielt in den professionellen Hilfebeziehungen verankern lassen:

1. Als ersten Schritt nennt der Autor die Offenlegung von Transparenz, Deutlichkeit und Verständlichkeit der Hilfestruktur, welche die Institution und die einzelnen Angebote umgibt und im Interaktionsprozess der psychologisch-beraterischen Beziehung notwendig sind. Dies beinhaltet die Informationsvermittlung und Aufklärung, denn erst, wenn Klienten ausreichendes Wissen über Risiken und Chancen der geplanten Vorgehensweisen und Interventionsformen besitzen, sowie Wissen über die Diagnose und mögliche Einflussfaktoren bzw. Bedingungszusammenhänge zur Verfügung stehen, werden sie als handelnde Subjekte mit-entscheidungsfähig. Zu berücksichtigen sind hierbei der emotional-kognitive Entwicklungsstand des Klienten, mögliche kognitive Defizite wie auch die gesamte Situation, in der sich der Betroffene aktuell befindet.
2. Lenz plädiert zudem für eine Haltung der Selbstertüchtigung, die er mit dem Begriff "Menschenstärken" beschreibt. Hierbei sollen Klienten unterstützt werden, auf ihre Stärken und Ressourcen zurückzugreifen. Diese Perspektive setzt Vertrauen in die Fähigkeit und Akzeptanz des Eigen-Sinns der Person, ihre Lebensentwürfe, ihre Handlungen, Wahrnehmungen und Bewertungen voraus.

3. Notwendig sind Aushandlungsprozesse, in denen die Experten die spezifischen Problemwahrnehmungen und die bisherigen Problemlösungen der Klienten sensibel einbeziehen und bereit sind ihre Macht zu teilen und einen für alle tragbaren Kompromiss anzustreben. Aushandlung ist jedoch kein Verzicht auf fachliche Ansprüche oder ein "Nachgeben" gegenüber den Klienten, in dem sich der Professionelle seiner Verantwortung entzieht und die Entscheidungen dem Klienten überlässt. Lenz plädiert für ein Modell der geteilten Entscheidungsfindung, indem die Etappen eines Handlungszyklus (Informationsaustausch, gemeinsame Beratung, gemeinsame Entscheidung, Umsetzung und erneuter Informationsaustausch) mehrfach durchlaufen werden.

Eine möglichst umfassende Partizipation ist im gesamten Beratungsprozess zu erzielen. Bereits ab dem Erstkontakt ist den Adressatinnen und Adressaten durch eine partizipative Arbeitsweise ein hohes Maß an Selbst - und Mitbestimmung zu ermöglichen. Partizipation bezieht sich somit auf verschiedene Phasen im Beratungsprozess. Hierzu gehören die Erstellung der Diagnosen, die Hypothesenbildung, die Zielklärung, die Auftragsklärung, die Wahl der Interventionsformen und des Settings und möglicherweise auch die Evaluation, hier zum Beispiel durch eine Mit-Verfassung des Berichts. Für den Bereich der Diagnostik und der Hypothesenstellung soll dies beispielhaft näher ausgeführt werden.

Diagnostik gestaltet sich in einem intersubjektiven Prozess. Der Diagnostiker kann nicht objektiv wahrnehmen, da er Subjekt ist, und mit einem individuellen Kontext und Kontinuum konfrontiert ist. Das bedeutet, dass der Klient als Mitsubjekt zu betrachten ist und mit ihm idealerweise gemeinsam eine Diagnose formuliert werden sollte. Zum diagnostischen Prozess gehört auch, die gesammelten und bewerteten Informationen dem Klienten auf eine angemessene Weise „zurückzugeben“, um eine Demokratisierung im Verhältnis zwischen Beratern/Therapeuten und Klienten/Patienten zu fördern und die Autonomie der Klienten zu stärken.

In jeder Beratung entwickeln wir hypothetische Annahmen über den Klienten, sein Umfeld, seine Symptome und sein Umgehen mit der vorgefundenen Problematik. Diese Annahmen sind zunächst einmal wahrzunehmen, d. h. zu erkennen und dann im Gespräch mit dem Klienten zu überprüfen. Die Hypothesen sind im Dialog ständig zu überprüfen und zu verfeinern, und gründen somit aus systemtheoretischer Perspektive auf zirkuläre und nicht auf lineare Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge. Hypothesen unterliegen keinem Wahrheitsanspruch, denn auch hier gilt: Hypothesen sind Konstruktionen eines Beobachters - alles könnte auch ganz anders sein, als es scheint. Gemeinsam mit dem Klienten wird somit die Wirklichkeit neu und anders

konstruiert. Der Wert einer Hypothese als Erkenntniswerkzeug liegt in ihrer Nützlichkeit. Diese misst sich auch an ihrer Ordnungsfunktion, d. h. sie hilft Bedeutsames und Irrelevantes zu sortieren und einen Weg der kognitiven Ordnung zu bahnen. Zudem hat sie eine Anregungsfunktion, da neue Sichtweisen angeboten werden. Hypothesen sind somit vorläufige Annahmen, die für eine bestimmte Situation, an einem bestimmten Ort zu einem bestimmten Zeitpunkt gebildet werden. Insoweit sind diese Annahmen über die Wirklichkeit zunächst „Vorurteile“, ohne die jedoch Erkenntnisgewinne nicht möglich sind. Erst wenn sie den Beteiligten bewusst sind und eingebracht werden, lassen sie sich überprüfen, kritisieren und wieder verändern. Für den Berater kann es bei der Hypothesenbildung hilfreich sein, grundsätzlich die bereits erörterte Haltung des Nichtwissens einzunehmen, d. h. davon auszugehen, dass es nicht eine einzige, wirklich wahre Hypothese gibt und dass letztlich der Klient der Experte ist. Hypothesenbildung ist somit ein diskursiver Prozess, mit dem die Beteiligten durch eine vielseitige und prozesshafte Beschreibung gemeinsam eine soziale Realität schaffen. Diese Art der Hypothesenbildung hat den weiteren Effekt, dass durch die Diskussion der Hypothesen das Machtgefälle zwischen Berater und Klient deutlich reduziert wird. Ziel ist, durch das bewusste Hypothesisieren die eigenen Vorannahmen explizit zu machen und durch neue andere Annahmen zu korrigieren. Eine Möglichkeit eine höhere Stufe der Partizipation anzustreben, besteht methodisch darin, dem Klienten mehrere Hypothesen anzubieten. Dies ist besonders bedeutsam bei Klienten, die dazu neigen sich dem Berater anzupassen und diesem, ohne eine tiefere eigene Reflexion zu vollziehen, zuzustimmen. Sie werden in solchen Fällen ermuntert, eine eigene Position einzunehmen.

So wie am Beispiel der Erstellung von Diagnosen und der Hypothesenbildung aufgezeigt wird, bezieht sich Partizipation auf alle Phasen des Beratungsprozesses. Die partizipative Kompetenz von Fachkräften zeigt sich übergreifend zudem in einer grundsätzlichen ressourcenorientierten Haltung des Beraters, in der bei den Stärken der Adressatinnen und Adressaten angesetzt wird. Im Gespräch wird die Aufmerksamkeit auf vorhandene Ressourcen und bisherige Erfolge, zum Beispiel in der Bewältigung von früheren Krisen gelenkt und dadurch dem Betroffenen geholfen sich seiner Handlungsfähigkeit zu vergegenwärtigen und Vertrauen in die eigenen Stärken zu gewinnen (vgl. Beushausen 2014a, Rieger 2015).

Für eine Übersicht werden die zu Beginn vorgestellten Stufen der Partizipation der Gesundheitsförderung nach Wright (2006; 2007) auf den Kontext der Beratung und Therapie bezogen. Beispielhaft werden in dieser Tabelle den einzelnen Stufen plakativ bestimmte Methoden zuordnet. Notwendig ist noch eine empirische Überprüfung dieser Einteilung. in der

folgenden Tabelle die Partizipationsstufen jeweils für die Klienten und die Berater/Behandler beschrieben:

	Partizipationsstufen aus der Perspektive der Klienten	Partizipationsstufen aus der Perspektive der Berater und Behandler
Stufe 9: Selbst-organisation	Selbstorganisation Berater oder Therapeuten werden vom Klienten als Experten lediglich für einzelne Aspekte und begrenzte Zeiträume genutzt. Die Organisation liegt bei den Klienten.	Selbstorganisation Berater und Behandler sind Gäste. Sie nehmen nur in dem Maße am Geschehen teil, in dem die Klienten dies wünschen und nutzen möchten; die Beratung ist zeitlich begrenzt.
Stufe 8:	Volle Entscheidungsmacht für den Klienten Der Klient wird in Fallbesprechungen gleichberechtigt einbezogen, Berichte werden gemeinsam verfasst. Der Klient bestimmt die Dauer, die Form u. das Setting des Unterstützungsprozesses.	Volle Entscheidungsmacht für den Klienten Berichte werden gemeinsam verfasst. Der Klient bestimmt die Dauer, die Form, das Setting des Unterstützungsprozesses. Der Berater unterstützt diesen Prozess begleitend und gewährt dem Klienten die höchste Entscheidungsmacht.
Stufe 7: Partizipa-tion	Teilweise Entscheidungskompetenz : Der Klient versucht, wo immer es sich realisieren lässt Selbstbestimmung. Der Klient verfasst Teile des Berichts (und erhält diesen).	Teilweise Entscheidungskompetenz: Der Berater animiert den Klienten dazu, so oft es möglich ist eigenverantwortlich zu entscheiden und zu handeln. Berichte werden zu Teilen vom Klienten selbst verfasst Beispielhafte Methoden: Familienrat, Multifamilientherapie
Stufe 6:	Mitbestimmung Dauer des Prozesses, Themen, Setting und verwandte Methoden werden abgesprochen. Eigenverantwortlichkeit in Teilfragen, umfangreiche Kontroll- und Wahlmöglichkeiten sind gewährleistet.	Mitbestimmung Der Berater gewährleistet, dass der Klient möglichst in Absprachen über das Setting, die Wahl der Methoden etc. einbezogen wird.

Stufe 5: Vorstufen der Partizipatio n	Einbeziehung Teilweise kann mitbestimmt werden, die Wünsche des Klienten nach dem Setting und den verwandten Methoden werden erfragt. Wenn der Klient bereit und in der Lage ist, sich am Entscheidungsverfahren zu beteiligen, ist dies im Dialog möglich.	Einbeziehung Im Dialog mit dem Klienten klärt der Berater, in wie weit eine Partizipation gewünscht und möglich ist. Die Wünsche des Klienten in Bezug auf das Setting und die Methodenwahl werden erfragt. Beispiel: klassische Erziehungsberatung
Stufe 4:	Anhörung Die Ziele und Wünsche des Klienten werden erfragt.	Anhörung Fragen nach den Zielen und Wünschen des Klienten erfolgen, die praktische Durchführung wird abgesprochen, die Berater treffen die Entscheidung. Beispiel: Suchtberatung (Abstinenzziel u. Methoden, z.B. Gruppenberatung werden vorgegeben)
Stufe 3:	Information Der Klient wird über die Behandlungsmethoden informiert.	Information Der Berater informiert den Klienten über die Behandlungsmethoden u.a., es können lediglich Fragen gestellt werden. Beispiel: klassische Psychoanalyse
Stufe 2: Nicht- Partizipatio n	Die Ziele und verwandten Methoden werden durch die Institution vorgegeben. Dem Klienten sind Prozesse und Maßnahmen nicht transparent, er erlebt sich abhängig von den Entscheidungen der Berater.	Die Ziele und verwandten Methoden werden durch die Institution vorgegeben. Programme und Abläufe sind unflexibel vorgegeben. Beispiel: stationäre Behandlung in der Psychiatrie
Stufe 1:	Instrumentalisierung Es besteht keine Möglichkeit einer Mitwirkung, Klienten werden lediglich für die Selbstdarstellung der Institution „genutzt“.	Instrumentalisierung Es besteht keine Möglichkeit einer Mitwirkung, Klienten werden lediglich für die Selbstdarstellung der Institution „genutzt“.

Tab. 2: Partizipationsstufen aus der Perspektive der Klienten und der Berater und Behandler

Das Ausmaß der Partizipation des Klienten ist sicherlich im Einzelfall oftmals anders als dies in der Tabelle beschrieben wird. So kann beispielsweise eine psychoanalytische Beratung große Partizipationselemente aufweisen. Veränderungen zeigen sich auch in der historischen Betrachtung. Aufzeigen lässt sich dies am Beispiel der Jugendhilfe. Eine größere Partizipation

in der Jugendhilfe zeigt sich beispielsweise in der vermehrten Nutzung der Multifamilientherapie⁶ (vgl. z.B. Assen/Scholz 2009) und des Familienrates⁷ (vgl. Budde/Früchtel 2009).

⁶ In der Multifamilientherapie (auch Mehrfamilientherapie) treffen sich bis zu zehn Familien zu regelmäßigen Treffen. Die Familienmitglieder übernehmen weitestgehend selbstständig die Beratung. Aufgabe der Fachleute ist im Wesentlichen die Moderation, die Begleitung des Prozesses und die Krisenintervention.

⁷ Bei der Methode des Familienrates unterstützen mit Hilfe eines Moderators verschiedene Personen (andere Familienmitglieder, Nachbarn, Lehrer etc.) eine Familie. Die professionellen Helfer der Sozialen Arbeit, z. B. des Jugendamtes, übernehmen im Wesentlichen die Kontrollfunktion. Solch eine Hilfeform lässt sich in die Stufe 7 einordnen.

5. Mögliche Probleme bei der Umsetzung

So unterschiedlich wie Menschen allgemein sind, so werden auch Klienten in der Beratung einen unterschiedlichen Grad der Partizipation und des Empowerment wünschen. Bei der Umsetzung des Wunsches einer größeren Partizipation sind auch mögliche Probleme und Nebenwirkungen auf Seiten der Adressaten und der Helfer zu berücksichtigen. Auch wenn Berater und Therapeuten die konzeptionelle Notwendigkeit einer hohen Partizipationsstufe betonen, zeigt sich, dass die Klienten und die Berater (und ihre Institutionen) häufig unterschiedliche Vorstellungen und Interessen haben. Allgemein zeigt sich heute eher bei jüngeren Menschen ein größeres Bedürfnis nach Selbstbestimmung (vgl. Knuf 2013). Zudem ist das Ausmaß dieses Wunsches von den Erfahrungen der Betroffenen abhängig, die diese mit professionellen Hilfesystemen gemacht haben. Selbstverständlich gibt es auch Situationen in der Praxis, in denen Partizipation aktuell nicht möglich ist. Hierzu kann z. B. eine Kindeswohlgefährdung gehören oder eine akute Suizidalität. In diesen Situationen hat der Betroffene aus der Perspektive des Helfers eine bestimmte Kompetenz nicht zur Verfügung, so dass Fremdhilfe notwendig ist.

Auf Seiten der Adressaten lassen sich eine Reihe von Problemen für eine nicht gewünschte oder mögliche größere Partizipation nennen, die summarisch aufgeführt werden sollen:

- Angst vor Veränderung: bei aller Unzufriedenheit mit der aktuellen Situation beinhaltet das Gegenwärtige auch eine Gewohnheit, nämlich das Festhalten an vertrauten, möglicherweise auch selbstschädigenden, Verhaltensweisen.
- Viele Klienten haben in ihrem Leben niemals Partizipation erlernt und benötigen hier einen Lernprozess. Insbesondere bei Menschen aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen müssen Fähigkeiten zur Partizipation oftmals erst geweckt und gefördert werden. In solchen Fällen ist es oft hilfreich die Lerngeschichte des Verlustes der Entscheidungsfähigkeit und der gescheiterten Partizipation mit den Klienten gemeinsam zu besprechen.
- Fixierung auf Fremdhilfe: im Kontext einer gelernten Hilflosigkeit vertrauen manche Menschen nicht mehr ihrer Selbsthilfe, sondern nur noch auf Fremdhilfe.
- Mangelnde Partizipation ist möglicherweise ein Teil der Symptomatik, wie dies insbesondere für Depressionen typisch ist. Hier kann Partizipation zunächst nicht erwartet werden.
- Erlernte Hilflosigkeit und Bequemlichkeit: Manche Menschen haben erfahren, dass, wenn sie sich nicht um Eigenhilfe bemühen, Ihnen andere Personen auch dann helfen, wenn dieses nicht notwendig ist. Dieses Verhalten führt zirkulär zu einer „erlernten Hilflosigkeit“.
- Anpassung an Hierarchien: Viele Menschen sind daran gewohnt sich Hierarchien anzupassen und sich abwartend und passiv zu verhalten.

- Manchen Klienten fehlt das Vertrauen, dass ihre Entscheidungen von Angehörigen oder professionellen Helfern akzeptiert werden.

Professionelle Helfer haben in diesen Fällen eine vom Klienten gewünschte oder aktuell nicht mögliche Partizipation zu akzeptieren, ohne darüber enttäuscht⁸ zu sein (Solch eine Entscheidung des Klienten ist möglicherweise bereits ein Ausdruck der Partizipation).

Hemmnisse und Probleme gibt es jedoch auch bei der Umsetzung der Partizipation auf der Seite der HelferInnen und ihrer Institutionen⁹:

- Professionellen Helfern fällt es oftmals schwer nicht zu handeln und stattdessen abzuwarten. Dabei ermöglicht oftmals gerade erst die professionelle Zurückhaltung, so Knuf (2013), dass Betroffene ihre eigenen Fähigkeiten entdecken und nutzen lernen. Professionelle Helfer haben oft nicht genügend Vertrauen in die Fähigkeiten der Betroffenen.
- Weitere Gründe für eine Nicht-Partizipation können darin liegen, dass professionelle Helfer die Kontrolle über die Situation behalten möchten oder Langsamkeit und Fehlerhaftigkeit schlecht ertragen können.
- Manchmal werden auch Diskussionen mit den Klienten als zu anstrengend empfunden, sodass der Berater lieber selber handelt (z. B. einen Termin bei einem Arzt oder einer Behörde vereinbart).
- Größere Partizipationswünsche des Klienten können z.B. bedeuten, dass der Berater mehr Zeit bei der Berichtserstellung aufwenden muss oder „Macht“ abgeben muss.
- Berater und Therapeuten stehen besonders dann vor der Frage, inwieweit sie den betroffenen Personen/Gruppierungen Entscheidungskompetenzen gewähren, wenn die Entscheidungen des Klienten nicht den Vorstellungen des Beraters oder Therapeuten entsprechen. Solch eine Problematik zeigt sich beispielsweise häufig in der Betreuung von psychisch kranken Menschen, wenn sich diese beispielsweise gegen die Empfehlung des Beraters, einen Arzt aufzusuchen, entscheiden. Natürlich können auch partizipativ getroffene Entscheidungen des Klienten „falsch“ sein. Hier haben die HelferInnen Entscheidungen des Klienten in der Regel mitzutragen, auch wenn sie diese nicht für optimal halten und ein Scheitern befürchten.

⁸ Eine solche Enttäuschung kann sich auch in problematischen Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühlen ausdrücken.

⁹ Die meisten Hinweise stammen aus meinen Erfahrungen aus der Supervision mit Teams in der Betreuung von psychisch kranken Menschen.

- Manchmal haben Helfer das Gefühl, für Ihr Geld etwas leisten zu müssen, sie handeln dann möglicherweise vorschnell.
- Manche Berater wollen zu sehr vom Klienten gemocht werden und übernehmen so schnell für den Klienten Aufgaben, die dieser selbst übernehmen kann.
- Knuf (2013) verweist auf einen weiteren Aspekt, der sich in stark hierarchisch geprägten Institutionen zeige. Je größer die Hierarchie ausgeprägt sei, desto weiter unten stehe der Klient. Solch eine ausgeprägte institutionelle Hierarchie würde auch von den Klienten wahrgenommen, Partizipation gelänge jedoch eher da, wo Hierarchien durchlässig seien und Personen in Leitungsfunktionen bereit seien, ihre Macht zu teilen.
- Hindernisse für die Partizipation sieht Wright (2012) in der tradierten beruflichen paternalistischen professionellen Sozialisation der MitarbeiterInnen. Eine Veränderung dessen sei nur durch eine reflektierte Fachlichkeit zu erreichen.
- Oftmals werden zudem Grenzen der Partizipation durch administrative Vorgaben und gesetzliche Bestimmungen gesetzt. Wright (2012: 99f.) konstatiert:

„Auch bei freien Trägern kommen partizipative Prozesse oft nicht zu Stande, weil eine institutionelle Logik Vorrang vor Anregungen von Menschen aus der Zielgruppe hat: Wenn überhaupt, werden ausschließlich solche Anregungen berücksichtigt, die keine wesentlichen Veränderungen innerhalb der Einrichtung erfordern.“ ... „Durch den Versuch, den partizipativen Ansatz in der Praxis zu realisieren, geraten Mitarbeiter/innen in einen Konflikt zwischen den Wünschen und Vorstellungen der Menschen, deren Situation es zu ändern gilt, und den Zwängen der institutionalisierten Sozialen Arbeit bzw. der Medizin, die aus Eigeninteresse unter dem Einfluss ausgrenzender gesellschaftlicher Normen agiert.“

- Vielfach bestehen in der Institution keine systeminternen Regeln, wie mit den eingeholten Meinungen und möglichen Widersprüchen des Klienten umgegangen wird.

6. Ausblick

Abschließend ist zu konstatieren: In vielen Beratungen und Therapien ist eine Partizipation der Klienten heute noch gering, obwohl Stierlin bereits 2001 forderte: „Therapeut und Klient verstehen sich als gleichberechtigte, auf Kooperation angewiesene und gleichsam mit offenen Karten spielende Partner.“ (Stierlin 2001: 138) Dieses Postulat gilt es meines Erachtens zukünftig umzusetzen. Im Einzelfall ist somit mit jedem einzelnen Klienten in seiner spezifischen Situation abzusprechen, welche Stufe der Partizipation angemessen ist. In der Regel bedeutet dies, dass die Stufe der Partizipation sich im Unterstützungsprozess verändert, wenn z. B. ein depressiver Klient zunächst nur eingeschränkt mitbestimmen kann. Entscheidend ist, dass Klienten die Wahlmöglichkeit haben, welche Stufe der Partizipation sie erreichen wollen.

Beratung und Sozialtherapie stehen vor der Aufgabe institutionelle Regeln und Verfahren zu entwickeln mit denen eine möglichst große Partizipation zu erreichen ist. Gleichwohl darf aus dem Recht auf Partizipation keine Verpflichtung werden, wenn diese vom Klienten nicht gewünscht wird. Offen ist auch, ob sich dieses Grundkonzept eines selbstständig denkenden Handelns auch bei dem stark belasteten Klientel in Multiproblemlagen (hard to reach) mit unseren derzeitigen Konzepten und Methoden ausreichend umsetzen lässt.

Zudem wissen wir nicht, wie viele der Klienten selber eine höhere Stufe der Partizipation anstreben. Auch bei diesen Fragen hat die (empirische) Forschung anzusetzen. Im Kontext der Beratung und Sozialtherapie fehlen quantitative und qualitative Forschungen.

7. Literatur

Assen, Eia u. Scholz, Michael (2009): Praxis der Multifamilientherapie. Auer Verlag, Heidelberg

Beushausen, J. (2017): Partizipation in der Beratung und der Sozialtherapie wagen. In: Soziale Arbeit . Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete. Nr. 1.2017, DZI, S. 12 – 19.

Beushausen, J. (2016): Beratung lernen - Grundlagen psychosozialer Beratung und Sozialtherapie für Studium und Praxis. Barbara Budrich und UTB, Opladen, Berlin, Toronto

Beushausen, J. (2014a): Ressourcenfokussierung in psycho-sozialen Krisen. In: Jahrbuch Klinische Sozialarbeit VI. Hg. Gahleitner, Silke Brigitta / Hahn, Gernot / Glemser, Rolf, Barbara Budrich, Opladen, Berlin, Toronto, S. 122 - 139.

Beushausen, J. (2014b): Sind Laienhelper, Berater und Therapeuten gleich wirksam? Anmerkungen zu einer bedeutsamen und ungeklärten Frage. Veröffentlicht am 12. 12. 2014 in socialnet Materialien. Unter: <http://www.socialnet.de/materialien/205.php>. und am 04.02.2015. Unter: <http://systemmagazin.com/sind-laienhelper-berater-und-therapeuten-gleich-wirksam-anmerkungen-zu-einer-bedeutsamen-und-ungeklaerten-frage/>

Bock, Thomas (2012): Partizipation in Klinischer und Sozial-Psychiatrie – Impulse aus dem Trialog. In: Rosenbrock, Rolf; Hartung, Susanne (Hrsg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit 1. Auflage 2012, S. 365- 380

Budde, Wolfgang; Früchtel, Frank (2009): Sozialer Familienrat: Bürger statt Klienten in der sozialräumlich inspirierten Hilfeplanung. In: sozialraum.de. Ausgabe 2/2009. Verfügbar unter <http://www.sozialraum.de/familienrat.php>. Aufgerufen am 23.01.15

Florence Fritz F.: (o.J.): Was können wir von KlientInnen lernen? Potenziale internationaler Modelle der NutzerInnenbeteiligung bei einer Übertragung auf die österreichische Sozialarbeitsausbildung. <http://soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/379/694> Zugriff am 9.11.2015

Franzkowiak, P. u. Homfeldt H.G. (2012): Partizipation in der Sozialen Arbeit. In: Rosenbrock, R. u. Hartung, S. (Hrsg.): Handbuch der Partizipation und Gesundheit. Huber, Bern, S. 79 - 90

Hartung, S. / Wright, M. T. (2015): Partizipation in der Gesundheitsförderung: weiter, aber noch nicht am Ziel. In: Impulse Heft 88, 3. Quartal September 2015, S. 3 – 4

Kleve, H. (2014): Empowerment durch Nichtwissen. Haltungsbildung in der Sozialen Arbeit. In: Soziale Arbeit 6.2014, S. 226 - 227

Kleve, H. ((2016): Komplexität gestalten. Soziale Arbeit und Case-Management mit unsicheren Systemen. Carl Auer Heidelberg

Knuf, A. (2013): Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. Basiswissen, Psychiatrie Verlag Köln, vierte korrigierte Auflage

Kühn, M. (2013): Traumapädagogik und Partizipation. Zur Entwicklung psychologischen, fördernden heilenden Wirksamkeit von Beteiligung in der Kinder- und Jugendhilfe. In: Bausum, J. / Besser, L. U./Kühn, M. / Weiß, W. (Hrsg.) Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Pfähle Methoden für die pädagogische Praxis dritte durchgesehene Auflage 2013 Beltz u. Juventa, Weinheim und Basel, S. 138-148

Lenz, Albert: Forum Gemeindepsychologie, Jg. 15 (2010), Ausgabe 2.
http://www.gemeindepsychologie.de/fg-2-2010_07.html. Zugriff am 4.11.2015

Lenz, Albert (2012): Empowerment – Perspektiven für eine ressourcenorientierte Praxis. – Fachvortrag – Folien.
www.bagrpk.de/.../Fachtagung%20Vortrag%20Lenz%2027092012.pdf *KatHO NRW. Aachen.*
Köln. Münster. Paderborn

Petzold, H. (2014): Zweifel I-Marginalien zu Zweifel-Zyklen, Kritik und Parrhesie. In: Polyloge.de (Onlineressource). Unter: <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-2014e-zweifel-1-marginalien-zu-zweifel-zyklen-kritik-und-parrhesie-polyloge-02-2014pdf.pdf>, Zugriff am 19. 08 2015

Rieger, Judith (2015): Nicht für, sondern miteinander arbeiten - Partizipative Beratung. Workshopunterlagen 5. Merseburger Tagung zur systemischen Sozialarbeit. SelbstHandeln, Workshop B 1, <http://selbsthandeln.de/wp-content/uploads/2015/05/SelbstHandeln-B1-Judith-Rieger-Partizipation-9-2015.pdf>, Zugriff am 04.11 2015

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

Schopp, J. (2010): Eltern stärken - dialogische Haltung in Seminar und Beratung: ein Leitfaden für die Praxis. 3. völlig überarbeitete Auflage, Barbara Budrich, Opladen u. Farmington Hills

Simon, Daniela; Wills, Celia E.; Härtter, Martin (2009): Shared decision-making in mental health. In: Adrian Edwards und Gyn Elwyn (Hg.): Shared Decision-Making in Health Care. Achieving evidence-based patient choice. 2. Aufl. New York: Oxford Unity Press

Stierlin, H. (2001): Welche Rolle spielt die Diagnostik in der systemischen Psychotherapie? In: Psychotherapeut. Nr. 46. Springer Fachmedizin, Heidelberg, S. 134-139

Straßburger, G./ Rieger, J. (Hg.) (2014): Partizipation kompakt. Für Studium, Lehre und Praxis sozialer Berufe. Beltz Juventa, Weinheim und Basel

Rieger, J. u. Straßburger, B. (2014): Warum Partizipation wichtig ist - Selbstverständnis und Auftrag sozialer Berufe. In: Straßburger, Gaby/ Rieger, Judith (Hg.) (2014): Partizipation kompakt. Für Studium, Lehre und Praxis sozialer Berufe. Beltz Juventa, Weinheim und Basel, S. 42 - 49

Wright, Michael, T (2006): Auf dem Weg zu einer theoriegeleiteten evidenzbasierten, qualitätsgesicherten Primärprävention in Settings. In: Jahrbuch für kritische Medizin 43, 55 – 72

Wright, Michael, T (2012): Partizipation in der Praxis: Die Herausforderung einer kritisch reflektierten Professionalität. In: Rosenbrock, R. u. Hartung, S. (Hrsg.): Handbuch der Partizipation und Gesundheit. Huber, Bern, S. 91 – 101

Verfasser:

Dr. rer. pol. Jürgen Beushausen, geb. 1955, Studium der Sozialarbeit und der Erziehungswissenschaft, Lehrkraft für besondere Aufgaben an der Hochschule Emden, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit. Zusatzausbildungen in Familientherapie, Psychodrama, Integrativer Gestalttherapie und

Traumatherapie. Langjährige Tätigkeit als Supervisor, als Lehrtherapeut und in der Suchtkrankenhilfe,
juergen.beushausen@hs-emden-leer.de

Homepage: www.ewetel.net/~juergen.beushausen/



Zentralverlag für Klinische Sozialarbeit Verlag für psychosoziale Medien

Sinn-Bilder ®

Bildkarten für Psychotherapie, Pädagogik und Coaching

Sinn-Bilder helfen, das auszudrücken, was fühlbar ist.

Jede Karte zeigt eine bildhafte Metapher. Die Motive sind offen für das gefühlsmäßige Erleben und zugleich konkret genug für sprachliche Beschreibungen. Sinn-Bilder können durch diese Eigenschaft der Doppelseitigkeit (Erleben und Sprache zugleich) einen Explikationsprozess initiieren, der den impliziten Erlebenskern des Themas aussymbolisiert.

Sinn-Bilder finden Anwendung in Therapie, Beratung und Coaching sowie in Bildungskontexten (Hochschullehre, Unterricht). Sie sind überall da einsetzbar, wo ein Mensch etwas subjektiv Bedeutsames schon spürt oder ahnt, aber bisher noch nicht ausdrücken kann.

Aktuell sind folgende Kartensets käuflich erwerbbar:

- Basisset I: 60 ausgewählte Bildkarten, Manual, 25 Auswertungsbögen, € 44,95
- Basisset II: 200 Bildkarten – Kartennummern #1 bis #200, Manual, 50 Auswertungsbögen, € 74,95

Direkt bestellen:

mail@tonyhofmann.com
www.sinn-bilder.de
+49 (0) 931 / 416283