

Jürgen Beushausen

Wirkungen und Nebenwirkungen der psychosozialen Laienhilfe

Schriften zur psychosozialen Gesundheit

Jürgen Beushausen

Wirkungen und Nebenwirkungen der psychosozialen Laienhilfe

Zusammenfassung:

Wie auch die psychosoziale professionelle Hilfe hat sich die Laienhilfe nach den Wirkfaktoren auszurichten und Risiken und Nebenwirkungen zu bedenken. In diesem Beitrag werden zunächst Wirkfaktoren erörtert, um dann Risiken und Nebenwirkungen zu diskutieren. In Exkursen wird auf eine mögliche Chronifizierung, die Beachtung von Übertragungs- und Gegenübertragungsfaktoren und auf Nocebo-Effekte eingegangen. Abschließend werden mögliche schädigende Auswirkungen auf die Laienhelfer*innen benannt.



Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek:

Jürgen Beushausen

Wirkungen und Nebenwirkungen der psychosozialen Laienhilfe

Goßmannsdorf b. Würzburg: ZKS Verlag für psychosoziale

Medien Alle Rechte vorbehalten

© 2019 Jürgen Beushausen

ISBN 978-3-947502-24-0

Technische Redaktion: Meike Kappenstein

Cover-Design: Leon Reicherts / Tony Hofmann

Layout: Hanna Hoos

Herausgeber der „Schriften zur psychosozialen Gesundheit“:

Prof. Dr. Helmut Pauls

Prof. Dr. Frank Como-Zipfel

Dr. Gernot Hahn

Anschrift ZKS Verlag für psychosoziale Medien:

Winterhäuser Str. 13

97199 Goßmannsdorf / Ochsenfurt

Inhalt

1. Einleitung	6
2. Allgemeine Wirkfaktoren psychosozialer Hilfen und Wirkfaktoren der Laienhilfe	9
3. Typische Nebenwirkungen und Risiken	16
4. Exkurs: Chronifizierung	21
5. Exkurs: Übertragungen und Gegenübertragungen	24
6. Nocebo-Effekte	26
7. Schädigende Auswirkungen auf die Laienhelfer*innen	30
8. Literatur	32

1. Einleitung

Wie für die professionelle psychosoziale Hilfe stellt sich auch für Laienhelfer*innen, die meist in der sogenannten Selbsthilfe tätig sind, die Frage nach den Wirkfaktoren und nach möglichen Risiken und Nebenwirkungen¹. In diesem Beitrag werden zunächst Hinweise zur Wirksamkeit rezipiert und dargestellt, welche Schlüsse hieraus für das psychosoziale Handeln von Laienhelfern gezogen werden können². Im Mittelpunkt steht dann eine praxisnahe Vorstellung möglicher Risiken und Nebenwirkungen. Erörtert werden auch schädigende Auswirkungen auf die Laienhelfer und mögliche präventive Haltungen um Nebenwirkungen und Risiken zu reduzieren. In Exkursen wird auf den Beitrag der Laienhelfer*innen zu einer Chronifizierung, auf den Umgang mit Übertragungen und Gegenübertragungen und auf Nocebo-Effekte eingegangen. Ausgeführt werden weiterhin schädigende Auswirkungen auf die Person der Unterstützer*innen. Anschließend wird auf mögliche präventive Haltungen und Konsequenzen hingewiesen. In den abschließenden Anmerkungen wird u.a. empfohlen in den Mittelpunkt einer Bewertung psychosozialen Handelns die Wirk- und Passungsfaktoren zu stellen.

Ausgangspunkt der hier vorgestellten Überlegungen ist der Befund, dass Laienhilfe wie die Beratung und (Psycho-)Therapie wirksam ist (siehe Müller-Kohlenberg 1996, Haller und Gräser 2012). Interventionen wirken jedoch nicht nur, sondern beinhalten immer auch mehr oder weniger Nebenwirkungen, Risiken und mögliche Schäden auf. Dieses Thema ist somit nicht nur für die professionellen Helfer*innen bedeutsam, sondern auch für die Laienhilfe, da diese ein bedeutsamer Pfeiler der Gesundheitshilfe ist.

Seitens der Professionen im Gesundheits- und Sozialwesen, der öffentlichen Meinung und der Geldgeber wird einerseits die Bedeutung der Kooperation zwischen Beratung, Therapie und Selbsthilfe betont, die jeweils spezifische Beiträge zur Gesundheit und zur Linderung von biopsychosozialen Problemen und Krankheiten leisten (siehe Beushausen 2014b). Andererseits wird die Bedeutung dieser Hilfen sehr unterschiedlich gewichtet, hierauf soll in dieser Einleitung zunächst nur kurz eingegangen werden.

Um eine Abgrenzung vorzunehmen und häufig auch um die Bedeutung der eigenen Tätigkeit zu betonen, werden seitens der Professionellen explizit bestimmte Begriffe, z.B. Behandlung, Therapie, Casemanagement u.a., verwendet. Oftmals wird der Eindruck vermittelt, die wichtigste Hilfe sei die Psychotherapie, dann kämen Beratung und zur Ergänzung die Laienhilfe. Betont wird vielfach: Nur Psychotherapeut*innen behandeln psychisch Kranke. Festzuhalten ist: In der Fachliteratur findet sich keine einheitliche Beschreibung der Aufgaben und Funk-

1 Wie allgemein der Beratung und weitgehend auch der Psychotherapie (siehe Beushausen 2014d), fehlt der Laienhilfe eine nebenwirkungsorientierte Tradition und Praxis.

2 Zu diesem Thema werden vom Autor keine explizite theoretische Fundierung, Forschungsergebnisse oder eindeutige Antworten zu diesem umfangreichen Thema vorgestellt, sondern Anmerkungen gemacht, um eine kritische (Selbst)Reflektion anzuregen.

tionen von Beratung, (Psycho-)Therapie und Selbsthilfe³. Die Beschreibungen widersprechen sich und sind insbesondere an den jeweiligen Interessen der Helfergruppen ausgerichtet⁴.

Für die Kooperation zwischen Professionellen und „Laienhelfern“ bedeutet dies: Zu beobachten sind sehr unterschiedliche Entwicklungen und Praktiken, Laienhelfer*innen sind mehr oder weniger „psychosozial“ tätig. Unterschiede zeigen sich in der jeweiligen Praxis, von Helfer*in zu Helfer*in, von Gruppe zu Gruppe, von Region zu Region und den verschiedenen Formen der Zusammenarbeit, von z.B. der Tätigkeit Ehrenamtlicher in Selbsthilfegruppen, in der Flüchtlingshilfe bis zu einer (gering) bezahlten Mitarbeit von Genesungsbegleitern oder Peerberater*innen in der Psychiatrie.

In dieser Einleitung sollen, um die Bedeutung der Selbsthilfe einzuordnen, Aussagen der Erziehungswissenschaftlerin Müller-Kohlenberg über die nach ihren Forschungen zu gering geschätzte Bedeutung der Laienhilfe referiert werden. Bereits 1996 fasste die Autorin in ihrem Buch „Laienkompetenz im psychosozialen Bereich“ zusammen: *„Die Wissenschafts- bzw. Professionsgeschichte in den Disziplinen Psychotherapie und Sozialpädagogik/Sozialarbeit betonte lange Zeit in eindimensionaler Weise die Fortentwicklung von methodischem Wissen und Können als Basis für eine professionelle Arbeit. Selbst als die „persönliche Beziehung“ als wichtiger Faktor erfolgreichen Wirkens bereits bekannt war, wurde diese noch als Teil der fachlichen Qualifikation aufgefasst. Die Verbesserung der Praxis wurde insbesondere von einer Intensivierung der Ausbildung und einer Revision der Curricula erwartet. Der Blick auf die wirksame Hilfe von Laien schien uninteressant; deren Leistungen, die unübersehbar gewesen wären, wenn man hingesehen hätte, wurden aufgrund vorgefasster Denkkategorien nicht wahrgenommen. Empirische Untersuchungen zu diesem Thema wurden zwar punktuell immer wieder veröffentlicht, blieben aber nahezu unbeachtet.“* (1996, S. 5) Im Weiteren stellt die Autorin (1996, S. 11ff) eine Reihe von qualitativ hochwertigen, allerdings älteren Untersuchungsbefunden (z.B. von Gunzelmann, Schiepeck u. Reinecker aus dem Jahre 1987 mit 184 Untersuchungen) vor, die auf dem Hintergrund der sogenannten Äquieffektivitätsthese eindeutig belegen sollen, dass zwischen unausgebildeten Helfer*innen und den Angehörigen ent-

³Auch seitens der Sozialarbeit wird von vielen Autoren die Unterscheidung zwischen Beratung und Therapie betont. Beispielsweise fasst Galuske (2011, S. 143) zusammen, dass „sich Sozialpädagogik nicht in Therapie auflösen lässt, dass therapeutische Methoden folglich keine sozialpädagogischen Methoden sind“. Gleichzeitig wird betont, dass die Attraktivität therapeutischer Konzepte und Interventionen in der Sozialen Arbeit ungebrochen ist und eine Therapeutisierung stattfand (siehe ausführlicher Wendt 2013, Beushausen 2014b).

⁴Mit Wendt kann zusammenfassend konstatiert werden (2013, S. 7): *„Je komplexer diese Definitionen versuchen den Gegenstand von Psychotherapie zu erfassen, desto weniger scheinen sie geeignet eine Realität zu beschreiben, in welcher nicht nur ärztliche oder psychologische Berufsstände psychotherapeutisch tätig sind.“* Auch Conen (2006, S. 193) sieht die oben aufgeführten Unterscheidungen kritisch. Sie fasst zusammen: *„Meine ketzerische Frage lautet weiterhin: Was ist der Unterschied von zirkulären Fragen in einer Therapie zu zirkulären Fragen in einer Beratung? Was ist der Unterschied zwischen einer ressourcenorientierten Haltung in der Therapie und einer ressourcenorientierten Haltung in einer Beratung? Auf diese Fragen erhalte ich von Kollegen, einschließlich den Repräsentanten der Verbände, stets ein freundliches Lächeln als Antwort, jedoch keine inhaltliche Antwort!“* Prägnant fasst sie zusammen: *„Ob es sich um Heilung handelt oder um die Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen von Klienten hängt meines Erachtens von dem Kontext ab und nicht von meinem Vorgehen als systemisch orientiertem Helfer. Ob es sich um „Krankheit“ oder um „auffälliges Verhalten“ handelt, hängt von dem ab, wird dies als solches definiert und wer mich finanziert – z.B. die Krankenkasse oder das Jugendamt. In meiner praktischen Arbeit spielt diese Unterscheidung keine Rolle, ausschlaggebend ist für mich die Frage: sind die Gespräche hilfreich?“*

Es lässt sich somit festhalten: Bei der Unterscheidung zwischen Beratung und Therapie handelt es sich vielfach lediglich um Akzentuierungen. Die Übergänge sind fließend. Auch „Laien“, z.B. die Mitglieder von Selbsthilfegruppen nutzen bewusst oder unreflektiert (einzelne) Methoden der Beratung und Therapie (siehe ausführlicher Beushausen 2014b).

sprechender akademischer Berufsgruppen (Psycholog*innen (Sozial)-Pädagog*innen oder Psychotherapeut*innen) hinsichtlich der Wirksamkeit ihrer Hilfeleistungen kein nennenswerter Unterschied besteht. Eine akademische Ausbildung sorgt, so die Autorin, nicht für die erwartete Steigerung der Hilfequalität. Müller-Kohlenberg fasst die umfangreichen Metastudien zusammen (1996, Seite 19): *“Es geht nicht mehr um die Frage, ob Professionelle effektiver arbeiten als Laienhelfer. Es ist entschieden, dass sie keine besseren Leistungen erbringen. Offen ist dagegen die Frage, wie diese Befunde zu erklären sind.“*

Bei der Unterscheidung der Bedeutung der Selbsthilfe und der Psychotherapie geht es nach Moeller (2007 Neuausgabe von 1981) auch immer um das eigene Verständnis von Therapie, denn die Beschäftigung mit Selbsthilfegruppen und deren ähnliche Wirkung beinhaltet eine Infragestellung der eigenen Existenzberechtigung der professionellen Helfer*innen. Die Unsicherheit dieser beruflichen Identität könne sich dabei auch als Kritik und Warnung vor Gefahren oder als Idealisierung der Selbsthilfegruppen als Lösung aller Probleme zeigen.

Leider war meine Suche nach neueren (deutschsprachigen) Untersuchungsergebnissen der Laienhilfe nicht erfolgreich. (Auch Haller und Gräser beziehen sich in ihrem Buch aus dem Jahr 2012 auf ältere Untersuchungen.) Davon ausgehend, dass keine neueren Forschungsergebnisse vorliegen, stellt sich eine Reihe von Fragen: Wieso ist dies so? Wieso sind diese Studienergebnisse nicht bekannter geworden? Was sind die übergreifenden Wirkfaktoren? Sind diese Befunde, vorausgesetzt sie stimmen, zu unbequem für die professionellen Helfer*innen, sind „Pfründe“ gefährdet? Was bedeuten diese Befunde für die Identität der Professionen und für die Ausbildung? Welche Konsequenzen sind aus diesen Befunden für die Kooperationen der Helfer*innen zu stellen? Welche Konsequenzen sind aus diesen Befunden allgemeiner für das Gesundheitssystem zu ziehen? Diese Fragen lassen sich hier nicht beantworten, es sollen lediglich zu einigen dieser Fragen erste Anmerkungen in die Diskussion eingebracht werden. Vorgetragen werden im Weiteren Aspekte, die ich aus meiner beraterisch/therapeutischen Tätigkeit, der Unterstützung und Zusammenarbeit von Suchtselbsthilfegruppen und der Supervision für bedeutsam erachte. Die Legitimation einzelner Gruppen von Helfer*innen soll nicht gegeneinander gestellt werden, selbstverständlich benötigen wir weiterhin Expert*innen für einzelne Tätigkeiten und Arbeitsbereiche. Ziel dieses Beitrages ist es, anzuregen über die Kooperation der Helfer*innen, d.h. zwischen den Berufsgruppen und den Laienhelfern neu nachzudenken.

2. Allgemeine Wirkfaktoren psychosozialer Hilfen und Wirkfaktoren der Laienhilfe

Im Folgenden soll mit der Fokussierung der Wirkfaktoren ein Weg zur Beurteilung von professioneller Hilfe und der Laienhilfe vorgeschlagen werden aus dem sich Handlungsanleitungen für die psychosoziale Praxis und die Kooperation der Helfer*innen ableiten lassen. Bevor ich auf die Wirkfaktoren der Laienhilfe eingehe, beginne ich mit allgemeinen Anmerkungen über Wirkungsfaktoren der Beratung und der (Psycho-)Therapie.

Die Psychotherapie entwickelte insbesondere mit der zusammenfassenden Vorstellung der Forschungsergebnisse von Klaus Grawe et.al. (1995) allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie (siehe dazu auch Groß 2013). Neben den spezifischen Wirkfaktoren, z. B. einer bestimmten therapeutischen Technik oder Intervention, die jeweils explizit für die Behandlung einer bestimmten Störung bedeutsam sind, lassen sich sogenannte unspezifische Wirkfaktoren zusammenfassen, die auch allgemein für die Beratung und andere psychosoziale Interventionen bedeutsam sind.

Klaus Grawe u.a. (1995) beschrieb fünf therapeutische Wirkprinzipien, deren Bedeutung durch die Forschung bestätigt wurde (siehe Flückiger u. Regli 2007):

1. Ressourcenaktivierung: Grawe verweist auf empirisch abgesicherte Befunde, nach denen man Patienten gut helfen kann, indem man an ihre positiven Möglichkeiten, Eigenarten, Fähigkeiten und Motivationen anschließt. Wichtige Ressourcen sind die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten, dies schließt die neuen, während der Beratung entstehenden Beziehungen ein. Eine wichtige Rolle spielt, in welchem Ausmaß Therapeut*innen als eine bedeutsame Bezugsperson unterstützend, aufbauend und selbstwertstärkend erlebt wird. In der Praxis würde die Ressourcenperspektive in den wenigsten Therapieprozessen eingenommen, da Therapeuten nur selten die Gelegenheit wahrnehmen würden, „Patienten oder Familien oder Paare sich in seinen oder ihren positiven Seiten erleben zu lassen.“ (1995, S. 2)
2. Problemaktualisierung meint das Prinzip der realen Erfahrung. „Was verändert werden soll, muss real erlebt werden. Oder: „Reden ist Silber, real erfahren ist Gold“ (1995, S. 2). Dies geschieht im beraterisch/therapeutischen Prozess z.B. durch den Einbezug der Familienmitglieder, das Aufsuchen problematischer Situationen oder durch Rollenspiele, in denen die Probleme im Hier und Jetzt erlebt und bearbeitet werden.
3. Aktive Hilfe zur Problembewältigung meint, die Hilfe darauf auszurichten den Patient*innen aktiv zu helfen die Zustände, Schwierigkeiten, Probleme, die den unmittelbaren Gegenstand des Leidens ausmachen, besser zu bewältigen. Beispiele sind ein Selbstsicherheitstraining, Entspannungsverfahren, Hypnose bei Schmerzzuständen, Kommunikations- und Problemlösungstraining bei Paaren, familientherapeutische Interventionen u. a. Hilfreich ist es die Problematik der Patient*innen unter der Perspektive des Könnens versus Nichtkönnens zu betrachten.

4. Therapeutische Klärung: In der Klärungsperspektive geht es darum den Patient*innen zu helfen, sich über die Bedeutungen ihres Erlebens und Verhaltens im Hinblick auf ihre bewussten und unbewussten Ziele und Werte klarer zu werden. Im Mittelpunkt steht der motivationale Aspekt.
5. Die therapeutische Beziehung, auf die im Weiteren näher eingegangen wird, wird immer wieder als ein übergreifender Wirkfaktor benannt.

In der Literatur werden weitere Wirkfaktoren genannt. Liechti (2008), Deloie (2011), Groß (2013) und Pauls (2011) nennen folgende Faktoren⁵:

- Professionelles Handeln, das Prozesshaftigkeit, Komplexität, Vernetztheit, begrenzte Vorhersagbarkeit und Steuerbarkeit und widersprüchliche Zielzustände berücksichtigt,
- ein multilateral anschlussfähiger Kommunikationsstil,
- die Fähigkeit der Helfer*innen subjektive Krankheitstheorien und Störungstheorien der Klient*innen mit wissenschaftlichen Faktoren, sowie Erklärungsmodelle mit einem Veränderungsfokus zu verbinden,
- die Bereitschaft der Helfer*innen, Verantwortung für die initiierten Prozesse zu übernehmen,
- die Fähigkeit, unter Spannungen kooperative Beziehungen zu stiften und aufrechtzuerhalten,
- ein gelungener Umgang mit gemischter Motivation, einer Fremd- und Eigenmotivation, die Reaktanz berücksichtigt,
- das Angebot eines professionellen Settings, das kompetente Hilfe erwarten lässt (Somit sind die Erwartungen der Klient*innen ein bedeutsamer Faktor.),
- eine sichere Beziehung als zentraler Aspekt mit einer empathischen Resonanz, Authentizität, Echtheit und gegenseitiger Bestätigung,
- eine angemessene Balance von alten und gegenwärtigen Themen, eine ausgewogene Verteilung von aktiver und passiver therapeutischer Haltung, also Kompetenzen einer aktiv-direktiver und aufnehmend rezeptiver therapeutischen Haltung,
- einem flexiblen Wechsel zwischen einem begegnungs-, einsichts- und zielorientierten Fokus,
- ein kooperierendes soziales Netzwerk.

⁵ Unterstützt werden diese Annahmen durch Forschungen der Neurobiologie im Kontext der Wirksamkeits- und Placeboforschung. Roth und Strüber (2014) bewerten verschiedene Therapiemodelle kritisch auf ihre neurobiologische Plausibilität. Sie weisen darauf hin, dass auch wenn die jeweilige Plausibilität gering erscheint, verschiedene Therapien dennoch zumindest bei einigen Patienten wirksam sind. Um Wirksamkeit zu erklären, betonen die Autoren zudem die Bedeutung unspezifischer Faktoren, nämlich die des Arbeitsbündnisses bzw. der therapeutischen Allianz. Dieser neurobiologisch erklärbare Effekt sei lange geringschätzig als Placeboeffekt abgetan worden (2014, S. 20). Ein entscheidender Wirkfaktor sei die enge Bindung zwischen Therapeut und Patient. Diese Allianz beinhalte ein tiefes Vertrauen, welches im Gehirn die Produktion von Opioiden und Oxytocin stimuliere und für Wohlbefinden Sorge. Mit der vermehrten Ausschüttung dieser Hormone verbessere sich unsere Fähigkeit zu sozialer Bindung und ein Umlernen wird ermutigt. Auf diese Prozesse würden größtenteils die Heilerfolge und eben nicht auf Einsicht, Bewusstseinerweiterung oder dem vermeintlichen Bewusstmachen des Unbewussten beruhen.

Untersuchungsergebnisse der Therapieforschung (siehe Groß 2013) zeigen insgesamt, dass der Therapieerfolg nur zu einem geringen Teil auf spezifischen Methoden und Techniken beruht. Neben dem bedeutsamsten Faktor, der guten Beziehung zwischen Klient*innen und Helfer*innen, sei die Wirksamkeit einer Intervention insgesamt zu 40-50 % durch den Klienten, insbesondere seine Motivation und Offenheit und durch äußere Einflüsse bestimmt⁶. Erwartungs- und Placeboeffekte würden sich mit 15 % auswirken (vgl. Pauls 2011). Spezielle Faktoren, gemeint sind insbesondere die jeweiligen genutzten Methoden, haben in der psychotherapeutischen Behandlung nur einen geringen Einfluss (Groß 2013). Wirksam sind somit eher allgemeine psychosoziale Faktoren⁷, die nicht den Kompetenzen einer bestimmten Berufsgruppe zuzuordnen sind⁸.

Die genannten Wirkungsfaktoren werden seitens der Forschung insbesondere für die Beratung und die Psychotherapie genannt. Aufgrund ihrer allgemeinen Bedeutung sind diese m. E. auch für den Bereich der Laienkompetenz / Selbsthilfegruppen bedeutsam. Die Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen und allgemein der psychosozialen Laienhilfe ist nur wenig, in meist älteren Untersuchungen, erforscht (einen Überblick geben Haller und Gräser 2012, Haller 2012). Methodische Schwierigkeiten in der Wirksamkeitsforschung in diesem Feld entstehen u. a. durch die Wahl der Forschungsstrategien. Vielfach wird die Methodik der Psychotherapieforschung genutzt, hier haben sich Zufallsexperimente mit Kontrollgruppendesigns als wissenschaftlicher „Goldstandard“ etabliert, die jedoch auch kritisiert werden und sich in der Laienhilfe nicht anwenden lassen (siehe Haller 2012). Zu den Nachteilen dieses Forschungsdesigns gehört, dass häufig die Messung der Reduktion von Symptomen im Vordergrund steht und damit das, was in einer Selbsthilfegruppe passiert und zu einer Veränderung führt und worin ein Gewinn für die Teilnehmer*innen besteht, nicht angemessen wiedergegeben werden kann. Untersucht wird meist, was sich mittels qualifizierter und standardisierter Fragebogen erheben lässt. Selbsthilfegruppen lassen sich jedoch nicht standardisieren oder manualisieren.

So können hier nur allgemeine Hinweise für die Wirksamkeit der Laien- / Selbsthilfe benannt werden. Als ein erster Faktor wird die große und zunehmende Verbreitung benannt. Die Teilnehmer*innen würden, so Haller und Gräser (2012), mit den Füßen abstimmen und ihr Interesse und damit ihre Zufriedenheit mit der Selbsthilfe zeigen. Wie Müller-Kohlenberg (1996) fassen Haller und Gräser (2012) ältere Untersuchungen zusammen. Bei fast der Hälfte der Teilnehmer*innen (z. B. Daum u.a. 1984, in Haller und Gräser) zeigen sich deutliche Verbesserungen. (Bei ca. der anderen Hälfte zeigten sich keine signifikanten Veränderungen, ca. 6 %

6 Fast nicht diskutiert wird bisher seitens der Forschung (s. Groß 2013), welchen Beitrag Klient*innen selber als Wirkfaktor leisten. Groß (2013, 36f) sieht hier den entscheidenden Faktor für den Therapieerfolg. Er spricht daher vom Klienten nicht als „passiven Rezipienten“, sondern „als aktiven Selbstheiler“, der die Interventionen auf seine Art und Weise aktiv nutzt. Der Therapeut soll in diesem Kontext als „Prozessexperte“ gesehen werden, der den Klient*innen hilft die Probleme zu erkennen, unterstützende Lösungswege zu entwickeln und zu begleiten. In diesem Prozess übernehmen die Klient*innen eine Verantwortung bei der Auswahl und Art der Hilfe. Die Motivation, Ziele, Ressourcen, Veränderungstheorien der Klient*innen und das Stadium ihres Veränderungsprozesses seien möglicherweise genauso bedeutsam wie die ebenfalls in der Regel nicht berücksichtigten sozialen Faktoren (Bildung, Schichtzugehörigkeit, Wohnumfeld, Arbeitsbelastung u. a.).

7 Es soll hierzu noch angemerkt werden: Berater*innen, Therapeut*innen und Laienhelfer*innen sollten sich, wenn sie das Wirkungskonzept in den Mittelpunkt ihres Handelns stellen, immer wieder Feedback vom Klienten einholen, um zu verstehen, was möglicherweise hilfreich sein könnte. Allerdings ist diese Haltung nicht für alle Klienten passend. Manche Personen benötigen die Übernahme einer zeitlich begrenzten „Führung“ im Sinne einer guten Übertragungsbeziehung.

8 Liechti (2009, S. 153f) zitiert eine Untersuchung, nach der im Vergleich Professor*innen verschiedener Fachrichtungen, Psychotherapeut*innen und andere verständnisvolle Therapeut*innen gleich wirksam sind.

wiesen negative Entwicklungen auf.) Eine Untersuchung von Stübinger (1977, in Haller und Gräser 2012) zeigt ähnliche Ergebnisse in einem Vergleich von Selbsthilfegruppen und Gruppentherapien⁹. Weitere, allerdings nicht repräsentative Studien, zeigen analoge Erfolge der Selbsthilfegruppen wie die der professionellen Therapien (siehe Müller-Kohlenberg 1996, Haller und Gräser 2012).

Borgetto (2004) zitiert Studien, nach denen die Teilnehmer von Selbsthilfegruppen angeben, ihre wichtigsten Ziele zu erreichen. Am besten wird das Ziel erreicht, Menschen zum Reden zu finden. Erreicht werden auch die Ziele andere Mitglieder zu unterstützen, Informationen über die Krankheit zu bekommen und den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung zu optimieren. Eine gute Krankheitsbewältigung, d.h. eine Verbesserung von physischer und psychosozialer Befindlichkeit, wird ebenso erreicht wie Einstellungsveränderungen und eine Interessenvertretung der Betroffenen¹⁰.

Untersuchungen zeigen weiterhin, so Peböck u.a. (2011, Haller und Gräser 2012), dass je länger die Dauer der Teilnahme an Gruppenaktivitäten der Selbsthilfe ist, desto höher werden der subjektive Gesundheitszustand und das psychische Wohlbefinden eingeschätzt. Besonders trifft dies auf Personen zu, die noch nicht lange erkrankt sind und sich bald nach dem Erhalt Ihrer Diagnose einer Selbsthilfegruppe anschließen. Besonders starke positive Veränderungen beschreiben Menschen, die über einen längeren Zeitraum Mitglied einer Selbsthilfegruppe waren und diese regelmäßig und konsequent besuchten¹¹. Diese Personen können mit ihrer Krankheit besser umgehen und waren sehr gut über ihre Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten informiert. Sie schätzen sich im Umgang mit Ärzten als selbstbewusster ein als vor ihrer Mitgliedschaft in der Selbsthilfegruppe. Teilnehmer*innen, für die ihre Selbsthilfegruppe sehr bedeutsam war, erleben einen Zugewinn an Kompetenz, Lebensmut und Wohlbefinden. Sie fühlen sich besser verstanden und weniger isoliert.

Diese positiven Wirkungen und Entwicklungen sind nach Peböck u.a. (2011) bedingt durch therapieähnliche Wechselbeziehungen. Studien würden zeigen, dass Selbsthilfegruppen ähnliche Effekte für die Betroffenen haben wie Gruppenpsychotherapien. Somit können Selbsthilfegruppen psychische Störung vermindern, sowie die subjektive Gesundheit und Lebensqualität verbessern. Menschen lernen in Selbsthilfegruppen ihre Probleme selbst zu bewältigen und gesundheitsfördernde Strategien zu entwickeln. Sie sind in der Lage, ihre Belastung aktiver zu bewältigen und werden seltener krank (Borgetto 2009, S. 15).

Hartmann und Zepf (2005) konstatieren, dass positive Effekte auch das Ergebnis einer Selbstselektion sein könnten, denn diejenigen, die von der Gruppe besonders profitieren blieben länger. Hier zeigten sich als ein weiteres methodisches Problem, dass Abbrecher eben nicht zu einer längeren Teilnahme zu bewegen wären. Geschätzt wird, dass ungefähr die Hälfte der Neu-

⁹ Methodisch wird diese Untersuchung jedoch von Hartmann und Zepf (2005) kritisiert.

¹⁰ Ob diese Verbesserungen tatsächlich auf die Teilnahme an Selbsthilfegruppen zurückzuführen sind, konnte jedoch aufgrund der methodischen Begrenzung der Studie nicht mit Sicherheit gesagt werden.

¹¹ Über positive Effekte berichteten auch insbesondere die Teilnehmer*innen, die sich intensiv um andere in der Gruppe kümmern (Haller und Gräser 2012). Für einzelne Gruppen konnte nachgewiesen werden, dass, je länger die Teilnehmer*innen in den Gruppen blieben, eine geringere Angst und ein höheres Selbstwertgefühl zu verzeichnen ist.

einsteiger innerhalb der ersten drei Monate ihre Teilnahme beendet. Dabei ginge es einem großen Teil der Aussteiger nach der Beendigung der Gruppenteilnahme schlechter als vorher, so Vogel (1990) in Haller und Gräser (2012).

Insgesamt lässt sich in Bezug auf diese älteren Schulen zusammenfassen, dass positive Wirkungen für viele Selbsthilfegruppenteilnehmer*innen bestehen. Haller und Gräser (2012) fassen zusammen: „*Auch wenn Psychotherapie, soziale Unterstützung und Selbsthilfegruppen in vielen Bereichen unterschiedlich sind, können sie auf funktionalem Niveau doch gleiche oder ähnliche Ergebnisse hervorbringen.*“ Allerdings seien Selbsthilfegruppen bei schwereren Erkrankungen oftmals weniger wirksam. Angenommen wird, dass erst die Beziehung mit erfahrenen Therapeut*innen eine tiefere Bearbeitung der Probleme ermöglicht. Selbsthilfegruppen seien somit insbesondere Menschen mit leichteren psychischen Beschwerden zu empfehlen und in Kombination mit professionellen Angeboten auch Menschen mit einem ausgeprägten Störungsmuster (Haller und Gräser 2012). Dies heißt jedoch nicht (so Haller 2012), dass nicht einzelne Teilnehmer*innen Schaden nehmen, insbesondere diejenigen, die die Gruppen vorzeitig verlassen.

Im Folgenden sollen mögliche Wirkfaktoren der Selbsthilfe nochmals in Bezug zu den vorgestellten Wirkfaktoren der Psychotherapie gesetzt: Wie in der Psychotherapie werden in Selbsthilfegruppen Ressourcen aktiviert, die Schwächen und Defizite der Teilnehmer*innen sollten dann nicht im Mittelpunkt des Geschehens stehen. Die Problemaktualisierung kommt zum Tragen, indem Kontaktschwierigkeiten, Ängste und andere Symptomatiken in der Gruppe sichtbar und häufig auch direkt thematisiert werden können. Hilfe zur Problembewältigung bieten insbesondere die vermittelten Informationen. Selbsthilfegruppen zeigen Wege auf, neue Verhaltensweisen können geübt werden. Zudem finden, wie dies auch Grawe u.a. (1994) empfehlen, oftmals sehr direkte Hilfen statt, wenn zum Beispiel ein Auto ausgeliehen wird oder jemand beim Arztbesuch begleitet wird. Viele gesundheitsorientierte Selbsthilfegruppen nutzen in der Wissensvermittlung die Selbstorganisation und Autonomie. Gegenüber fremd organisiertem Lernen passen sie oftmals besser die Lerngeschwindigkeit und die Inhalte an die jeweiligen Bedürfnisse und Fähigkeiten der Teilnehmer*innen an (Moeller 2007). Auch in den Selbsthilfegruppen ist der Wirkfaktor einer guten Beziehung von großer Bedeutung. Die Beziehung kann hier sehr persönlich gestaltet werden. Ein weiterer bedeutsamer Wirkfaktor funktionierender Selbsthilfegruppen beruht auf Solidarität (vgl. Haller und Gräser 2012). Die Gruppe bietet verschiedenste Kontaktmöglichkeiten in einem geschützten Rahmen an. Soziale Unterstützung ist ein weiterer bedeutsamer Faktor. Anders als in anderen Beziehungen bestehen hier weniger Abhängigkeits- oder ungleiche Machtverhältnisse. Stattdessen wird erwartet, dass sich die Gruppenmitglieder gegenseitig unterstützen. Bedeutsam in der Arbeit der Selbsthilfegruppen ist die Selbstoffenbarung - das Teilen der emotionalen Erlebnisinhalte. Ein weiterer Faktor ist zu nennen: Die Wertschätzung für den anderen, die Akzeptanz seiner Schwächen erhöht die Selbstakzeptanz und Wertschätzung. Erzählt ein Gruppenmitglied von einem bedeutsamen Erlebnis, können dies die Anderen gut nachvollziehen und sie berichten häufig von ähnlichen Erfahrungen. Im Idealfall fühlen sich viele Gruppenmitglieder von einem vortragenen Problem angesprochen. Bedeutsam für die Wirkung der Selbsthilfe ist zudem die Vorbildwirkung.

Die Helfer*innen in den Selbsthilfegruppen agieren häufig direkter, körperlich unmittelbarer und sie sind nicht bestimmt durch ein festgelegtes Setting (mit einer formalen Stundenfrequenz und ähnlichem) (vgl. Laireiter 2009) und können so flexibler unterstützen. Trotz einer dialogischen Interaktion besteht ein formaler schützender Rahmen, jedoch ohne einen Zwang zu persönlicher Nähe, wie dies häufig im Familienkreis erwartet wird. Im Kontext der Selbsthilfegruppe ist zudem auch Einsatz professioneller Methoden möglich (Borgetto¹² 2004, Moeller 2007).

Somit lassen sich die Wirkfaktoren von Grawe (1995) und andere Autor*innen der Beratung / Psychotherapie in ähnlicher Form als Wirkfaktoren der Selbsthilfe benennen. Ergänzend verweist Müller-Kohlenberg (1996) darauf, dass sich Supervision günstig auf die Effekte der Laien auswirkt. Nach ihren Erkenntnissen erzielten Laien meist auch dann eine höhere Wirksamkeit als professionelle Therapeut*innen, wenn sie nicht in bestimmten Methoden trainiert wurden. Besonders gute Effekte zeigen Laien, wenn unspezifische Alltagsaktivitäten im Mittelpunkt stehen. Weniger gut ist die Leistung hingegen in komplexen Situationen, die ein differenziertes Vorgehen erfordern.

Müller-Kohlenberg (1996, S. 28f) stellt das engagierte Interesse der Helfer*innen für den Klienten als wichtigste unspezifische Variable der Wirkfaktoren heraus. In diesem Kontext weist sie auf das folgende Phänomen hin: Diese Feststellung sei insofern von Bedeutung, da die berufliche Basis professioneller Helfer*innen, die gewerblich oder gegen Bezahlung arbeiten, nicht sonderlich geeignet sei, das persönliche Interesse am Klienten glaubhaft zu machen. Der Klient stelle sich die Frage, ob die Zuneigung des Helfers aufrichtig sei oder ob er Interesse wegen des Honorars zeige. Die Laienhelfer*innen haben es hier einfacher. Bereits die Tatsache, dass jemand ohne Vergütung oder Vergünstigungen Hilfe anbietet, könne als Auslöser für positive Veränderungen, als Kraftquelle oder Ermutigung wirken.

Erklärt werden können m.E. die positiven Effekte der verschiedensten Gruppen der Helfer*innen dadurch, dass jede helfende Beziehung eine professionelle Rollenbeziehung und eine persönliche Beziehung enthält. Dies gilt auch für die Selbsthilfe und bedeutet: Hilfe ist „persönlich“ in Bezug auf Nähe, Intimität und Kontinuität und zugleich als Rollenbeziehung eine reflektierte theoretisch begründbare und lehrbare Beziehung. Hilfreiche Personen sind, so Gahleitner und Reichel (2014), partiell engagiert und selektiv offen. Bedeutsam und notwendig sind bei jeder Form von Hilfe ein angemessenes Mindestmaß an Nähe und Distanz und das Vorliegen einer Beziehungsfähigkeit. Somit stellen sich gleichermaßen Herausforderungen an ehrenamtliche Laien und Fachkräfte die „spezielle Rolle“ auszufüllen und sich zugleich als „ganze Person“ auf persönliche, emotional geprägte und nur bedingt steuerbare Beziehungen einzulassen. Diesen Prozess gilt es immer wieder zu reflektieren. Alle Helfer*innen benötigen ein Bewusstsein der eigenen Möglichkeiten und Grenzen.

¹² Borgetto (2004) nennt hier als Ergebnis die Einsicht in unbewusst verdrängte Erfahrungen, der Anerkennung der Grenzen, die Aussöhnung mit Neid, Wut und Rache, eine allgemeine persönliche Weiterentwicklung und eine Reflexion der Rollenkonstellationen.

Haller und Gräser (2012, S. 105) fassen zusammen: *„Eine Selbsthilfegruppe kann, so kann man zusammenfassend urteilen, beides sein, eine Gemeinschaft wie andere natürliche oder künstliche soziale Kleingruppen und gleichzeitig auch eine Form von Psychotherapie.“* Dabei sei die Selbsthilfe tätig in einem Kontinuum zwischen Lebensproblemen und Störungen mit Krankheitswert. Selbsthilfegruppen sind somit weder ein Allheilmittel, noch sind sie generell unnütz oder gefährlich.

3. Typische Nebenwirkungen und Risiken

Beratung, Psychotherapie und die Laienhilfe sind, wie ausgeführt, wirksam. Damit beinhalten sie Risiken und weisen Nebenwirkungen auf, die oftmals schädigend sind. Anders als im medizinischen Funktionssystem werden in der Beratung, Betreuung, Therapie und der Laienhilfe mögliche Schäden, Risiken und Nebenwirkungen jedoch nicht regelhaft bedacht und meist nur ausschnitthaft thematisiert. Wie für die Wirkfaktoren so liegen auch für die Problematik der Risiken und Nebenwirkungen lediglich für die Psychotherapie einzelne Forschungsergebnisse vor, jedoch nicht für die Soziale Arbeit und die Laienhilfe (siehe Beushausen 2014b).

Metaanalysen zeigen für die Psychotherapie, so Koschier (2012) und Lambert (2013), dass sich jedoch der Zustand von 10 % bis zu einem Drittel der PatientInnen nach einer Psychotherapie im Vergleich zu vorher verschlechtert. Es ist anzunehmen, dass auch Interventionen der Sozialen Arbeit und der Laienhilfe zu solchen Nebenwirkungen und Schäden führen. Somit stellt sich auch für die Laienhilfe die Aufgabe, dieses Thema mehr zu fokussieren und Standards einer Beurteilung von Fehlentwicklungen und Schäden, die durch die Laienhelfer*innen und ihre Organisationsstrukturen bedingt sind, in angemessener Weise zu entwickeln und für die alltägliche Praxis in einem offenen, selbstkritischen und fehlerfreundlichen Miteinander zu verankern.

Probleme, Risiken und Defizite im psychosozialen Handeln resultieren oftmals aus einer Kombination von persönlichem Versagen, mangelnder Reflexion und problematischer Strukturen auf. Sie treten in verschiedenen Schweregraden und unterschiedlichen zeitlichen Perspektiven (von kurz- bis langfristig) auf. Ein Beispiel einer sehr schweren Nebenwirkung wäre eine erneute Retraumatisierung, eine leichte Nebenwirkung wären zwischenzeitliche Verzweiflung, Unsicherheit oder eine vorübergehende Beunruhigung während eines Gruppenabends. Solche letztgenannten, oftmals nicht vermeidbaren und z.T. notwendigen Nebenwirkungen, lassen sich nur begrenzt beeinflussen.

Viele der im Folgenden angesprochenen Aspekte werden Laienhelfern und Selbsthilfegruppenmitgliedern bekannt sein, zur eigenen Reflektion werden diese hier zusammengefasst¹³.

Zur Darstellung der Fehler, Risiken, Nebenwirkungen und Schäden in psychosozialen Situationen in der Laienhilfe und speziell der Selbsthilfe werden diese in einer pragmatischen Vorgehensweise tabellarisch zusammengefasst. In der ersten Tabelle werden Nebenwirkungen

¹³ Die Bedeutsamkeit dieses Themas entstand für mich durch die langjährige Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen in der Suchtkrankenhilfe. Referiert wird hier die subjektive Sicht eines professionellen Helfers, der aktuell in seiner Tätigkeit als Dozent an einer Hochschule für Soziale Arbeit und Gesundheit gemeinsam mit Studierenden Fortbildungen für Selbsthilfegruppenmitglieder und andere ehrenamtliche Helfer*innen anbietet.

und Risiken aufgrund von angemessenen Unterstützungsverhalten der Selbsthilfgruppenmitglieder zusammengefasst:

Kategorie	Inhalt	Beispiele
Fehler, die in der Person und „Fachlichkeit“ begründet sind	Mangelnde Empathie, Akzeptanz u. Wertschätzung, ausschließliche Zentrierung auf Defizite, Abwertungen und Diskriminierungen, falsche Nähe und Distanz	Nicht zuhören können, vorschnelle Deutungen oder stereotype Vorurteile gegenüber bestimmten Personen-Gruppen. Ein Gruppenmitglied wird z.B. fortwährend aufgrund seines kulturellen Hintergrundes oder des hohen Körpergewichts abgewertet Eine zu große Identifikation mit einem Gruppenmitglied und eine Gefühlsansteckung oder eine Gefühlskälte und eine zu große Distanz. Ein Gruppenmitglied will fortwährend im Mittelpunkt stehen, andere Gruppenmitglieder werden ausgenutzt, indem sie z.B. ständig telefonisch erreichbar sein sollen, um über die eigenen Sorgen zu sprechen.
Unangemessene Konzepte und Haltungen	Methoden und Konzepte passen nicht zum betreffenden Gruppenmitglied, z.B. es gibt keine Möglichkeit individueller Hilfe, sondern nur Gruppenangebote.	Das Gruppenmitglied wird nicht oder zu stark mit seinem Verhalten konfrontiert. Der Selbsthilfgruppenleiter vertritt die Position, dass Traumata grundsätzlich aufzuarbeiten sind.
Verstoß gegen die Schweigepflicht	Verletzung der Schweigepflicht durch Informationsweitergabe an Dritte	Der Gruppenleiter berichtet dem Partner oder den Eltern eines Mitgliedes vom Verlauf eines Gruppenabends.
Mangelndes oder falsches Krisenscreening	Fehleinschätzungen von Risiken, eine Krise wird übersehen	Suizidalität wird übersehen Eine notwendige Einweisung in eine Klinik wird nicht veranlasst.
Mangelnde „Diagnostik“ und Zielbestimmung	Fehlende oder unzureichende Diagnostik, falsche Indikationsstellung, nicht passende Zielbestimmung, es erfolgt keine ausreichende Lebensweltorientierung	Es wird nicht realisiert, dass eine ambulante Therapie und Unterstützung durch eine Selbsthilfgruppe nicht ausreichend ist. Die Diagnostik erfolgt unzureichend, indem nur wenige Aspekte fokussiert werden, wenn beispielsweise die Bedeutung einer körperlichen Erkrankung im Kontext einer psychischen Erkrankung nicht gesehen wird. Die Bedeutung von äußeren Einflüssen auf Probleme wird nicht gesehen, beispielsweise wird die Bedeutung der problematischen Wohnsituation, die eine Veränderung sehr erschwert, nicht berücksichtigt.
Mangelhafte oder falsche Interventionen	Richtiges anwenden einer nicht passenden Intervention oder die richtigen Interventionen lassen sich in den Lebenswelten des Gruppenmitgliedes nicht umsetzen. Es erfolgt eine Retraumatisierung durch eine	Es wird nicht realisiert, dass eine Verhaltensänderung in der derzeitigen Situation nicht umsetzbar ist oder erhebliche Risiken aufweisen könnte, es wird nicht berücksichtigt, dass z.B. eine mangelnde Verkehrsanbindung, das Einlassen auf die Selbsthilfgruppe erheblich erschwert.

	Gruppensituation.	In einer Gruppensituation wird nicht bemerkt, dass die Schilderung einer traumatischen Situation bei einer anderen Person eine Retraumatisierung auslöst.
Kommunikationsprobleme	Der Kommunikationsstil ist nicht angemessen	Es wird nicht reflektiert, dass ein Gruppenmitglied Analphabet ist. In der Gruppe wird nicht so gesprochen, dass alle Gruppenmitglieder dem Kommunikationsstil folgen können. Der unterschiedliche kulturelle Hintergrund wird nicht berücksichtigt. Durch enge Beziehungen einiger Gruppenmitglieder fühlen sich andere aus der Kommunikation ausgeschlossen. z.B. negative Aussagen – „Das schaffst du nicht“
Nocebo-Effekte	Siehe Exkurs	
Umgang mit sogenannten Widerständen	Ein Gruppenmitglied wird als nichtmotiviert für eine Verhaltensänderung und widerständig statt ambivalent motiviert beschrieben. Es wird nicht gesehen, dass sogenannte Widerstände oftmals ein Schutz und die aktuell „beste Lösung“ im subjektiven Kontext des Menschen sind.	Ein „technischer Widerstand“ (bedingt durch falsche Interventionen und unangemessene Anforderungen) wird als „funktionaler Widerstand“ gedeutet, d.h. dieser Widerstand wird nicht als Fehlen der Unterstützung oder als Problem der Atmosphäre in der SHG gesehen, sondern als psychisches Problem des Gruppenmitgliedes gedeutet.
Umgang mit Übertragung und Gegenübertragungen	Unzureichende Reflektion der Übertragungen - siehe ausführlicher im Exkurs	Eine Gegenübertragung wird nicht wahrgenommen.
Gruppen-dynamische Faktoren	Die Bedeutung der Gruppendynamik, z. B. die der jeweiligen Gruppenphase oder die Bedeutung von Gruppen- und Geschlechterrollen wird nicht reflektiert	Es wird nicht berücksichtigt, dass nach einer oftmals ersten harmonischen Gruppenphase um Einfluss und Macht in der Gruppe „gekämpft“ wird. Die Bedeutung von Gruppenrollen, hier insbesondere die des „Sündenbocks“ des „Clowns“ oder des sogenannten „schwarzen Schafes“ wird nicht verstanden. Problematische Geschlechterrollen werden wiederholt.
Auswirkungen auf das Umfeld des Laienhelfers	Seitens der Gruppenmitglieder wird nicht berücksichtigt, welche Auswirkungen das Geschehen auf das Umfeld eines Menschen haben.	Fehlende Unterstützung für die Familie eines Gruppenmitgliedes wird nicht berücksichtigt, die Not der Kinder von psychisch Kranken wird nicht mitbedacht, Angehörige von Suchtkranken werden nicht offensiv in die Unterstützung einbezogen.

*Tabelle 1: Fehler, Nebenwirkungen und Risiken aufgrund von nicht angemessenen Unterstützungsverhalten der Helfer*innen*

In der zweiten Tabelle werden Schäden und Fehler dargestellt, deren Probleme vornehmlich auf der Organisationsebene der Selbsthilfegruppen beruhen:

Kategorie	Inhalt	Beispiel
Interessenkollision, Interessen der Organisation	Konkurrenzen zwischen SHG, eigene Interessen oder die der Organisation werden höher bewertet als die Interessen des einzelnen Gruppenmitgliedes.	Obwohl eine andere Selbsthilfegruppe geeigneter wäre, weil diese zum Beispiel auch eine Angehörigengruppe vorhält, wird nicht auf diese verwiesen.
Konzeptionelle Mängel	Falsches Setting (Unterstützungsform), die Fokussierung auf eine bestimmte Unterstützungsform kann bewirken, dass andere mögliche Hilfestellungen nicht mehr gesehen werden.	Z. B. nur Gruppenangebote und keine individuelle Unterstützung, keine Einbeziehung der Angehörigen, auch wenn dieses unbedingt nötig wäre. Eine Überschätzung der Möglichkeiten eines Gruppenangebotes. Starke Orientierung auf die Defizite einer Person, während seine Ressourcen und Stärken nicht gesehen und gestärkt werden.
Mangelnde Reflexion und Fortbildung	Das eigene Verhalten wird nicht kritisch reflektiert Für Fortbildung stehen keine Ressourcen zur Verfügung.	Aufgrund von Zeitmangel und mangelnder Selbstreflexion wiederholen sich systematisch Fehler.
Problematische Regeln	Sinnvolle Gruppenregeln werden nicht benannt und / oder durchgesetzt. Allgemeine Regeln werden durchgesetzt, die im Einzelfall nicht sinnvoll sind.	Störendes Verhalten einzelner Gruppenmitglieder wird nicht thematisiert, Konflikte klären wird vermieden. Die vereinbarte Leitungsform einer Gruppe wird nicht durchgesetzt. Die Verpflichtung einer Teilnahme aller Gruppenmitglieder an einer Freizeitaktivität wird erwartet.
Chronifizierung	Es wird nicht reflektiert inwieweit die Unterstützung zu einer Chronifizierung beiträgt.	Es wird keine Inklusion des Gruppenmitgliedes in Außenwelten angestrebt, das alte Muster oder Formen einer „Mehr – des - selben“ Strategie wird fortgesetzt. „Hilflosigkeit“ kann erlernt bzw. unbeabsichtigt gefördert werden.
Mangelnde Rahmenbedingungen	Z. B. wird nicht gesehen, dass eine einstündige Unterstützung in der Gruppe nicht ausreichend ist oder dass die Person des beteiligten Laienhelfers bzw. seine Kompetenzen für die Unterstützung eines Menschen mit einem schweren Störungsbild nicht ausreichend sind. Die Überlastung der Gruppenleiter wird nicht gesehen. Räumliche Vorgaben sind unzureichend für eine effektive Unterstützung.	Das Gespräch wird immer wieder durch ein Telefongespräch unterbrochen, Eine unterstützende Person überschätzt sich in ihren persönlichen und zeitlichen Möglichkeiten. Ein Gruppenraum ist so klein, dass diese für ein Gefühl von Enge und möglicherweise zu Aggressionen führt.
Umgang mit Fehlern	Keine institutionelle Kultur einer Fehlerfreundlichkeit	Fehler werden verschwiegen um die eigene Position nicht zu gefährden.
Kooperation	Fehlende Kooperation und Absprachen mit anderen Helfern und Institutionen	Keine Empfehlung zum Aufsuchen eines Arztes oder einer Beratungsstelle. Das Einlassen auf eine Psychotherapie wird als Konkurrenz erlebt.

Tabelle 2: Institutions- und Organisationsbedingte Fehler und Risiken

4. Exkurs: Chronifizierung

In diesem Exkurs wird auf Chronifizierungsprozesse eingegangen, die durch Helfer*innen und ihre Institutionen mitbedingt werden (siehe ausführlicher Beushausen 2013). Helfer*innen tragen oftmals mit ihrem Verhalten und den Konzepten ihrer Organisation unbeabsichtigt zu einer Chronifizierung ihrer Adressaten bei. Zunächst wird die Bezeichnung Chronifizierung problematisiert und Formen der Chronifizierung differenziert, um dann Elemente, die zu einer Konstituierung beitragen, zu benennen. Chronifizierungsprozesse werden an einem Beispiel erläutert und abschließend Hinweise für mögliche Lösungen dieser Probleme skizziert.

Zum Verständnis der Chronifizierung in psychosozialen Kontexten ist eine Differenzierung von Simon (2007) hilfreich. Er unterscheidet drei Muster der Chronifizierung. In seinem Beispiel des ersten Typus besucht er nach einigen Jahren erneut das Konzert eines Sängers. Beim ersten Besuch des Konzertes war er begeistert. Er stellt diesmal aber fest, dass der Sänger fast dasselbe Konzert wie beim ersten Besuch darbietet. Die Zuschauer*innen sind im Gegensatz zu ihm begeistert. Simon reflektiert diese Empfindungen und bilanziert, dass Chronifizierungen einen Kontext benötigen, der eine Wiederholung dieser Verhaltensweisen ermöglicht. Beim o. g. Beispiel des Konzertbesuches ermöglicht das Vorhandensein eines immer neuen Publikums, dass dasselbe Konzert aufgeführt werden kann. Der Sänger kann also nur deswegen sein Verhalten fortsetzen - „chronifizieren“, solange die anderen dies akzeptieren.

Solche Formen einer Chronifizierung lassen sich für viele Lebensbereiche beschreiben. Oftmals ist dies nicht problematisch: Dozenten können in jedem Schuljahr oder Studienjahr wieder ihre Aufzeichnungen verwenden oder Therapieunterlagen in Kliniken können auch für die nächsten neuen Klient*innen genutzt werden. Problematisch ist dies jedoch, wenn beispielsweise in langjährigen Betreuungen nicht reflektiert wird, wie Verhaltensweisen der Betreuer dazu beitragen, dass Betreute ihr Verhalten fortsetzen können, da keine neuen Anstöße gegeben werden.

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

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

Eine Chronifizierung ist bei all diesen Formen als Teil einer Überlebensstrategie eines Systems, bzw. einer Person zu betrachten. Sie ist somit subjektiv sinnvoll und passt zu den Bedingungen der Person und den jeweiligen Umwelten. Dies bedeutet in der Konsequenz: Was subjektiv erfolgreich und somit sinnvoll ist, wird fortwährend wiederholt. Aus diesem Sachverhalt leitet Simon eine weitere Regel ab: „Jedes System, das nicht in Krisen gerät, chronifiziert. Es kann seine Strukturen ungestört bewahren, es kann so bleiben, wie es ist. Und das kann es nur, weil die Umwelt nicht stört.“ (2007, 73) Die System-Umwelt-Beziehungen bleiben in all den genannten Fällen konstant. Im ersten Fall des Sängers bleibt die Situation beständig, weil sich die Umwelt ständig ändert und es immer neue Interessenten gibt. In der zweiten Kategorie, dem des Ehepaars, lässt sich das alte Muster nicht mit neuen Interaktionspartnern befriedigend fortsetzen und es gibt eine Rückkehr zu den alten Mustern. Im dritten Muster bezl. der rigiden Institutionen wird eine Veränderung der Umwelt nicht wahrgenommen oder aufgenommen. Eine chronische psychische Störung kann somit als spezifische Form selbstorganisierender Ordnung angesehen werden, die eine Person gemeinsam mit ihrem Bezugssystem durch Interaktion kontinuierlich aufrechterhält (vgl. Kriz 1999). Schweitzer-Rothers (2002) kennzeichnet diesen Sachverhalt ebenfalls als eine Gemeinschaftsleistung, in der neben den Angehörigen auch Fachkräfte und bei längeren Verläufen auch die sozialrechtlichen Bestimmungen und die psychiatrische Patientensubkultur mitwirken.

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

Um solche Chronifizierungsprozesse zu vermeiden sind unerwünschte Nebenwirkungen zu fokussieren, die die „Krankenrolle“ verfestigen oder erhalten. Beispielsweise können therapeutische Ketten psychiatrischer Versorgungssysteme und die Bildung von Patientensubkulturen von Menschen mit einem ähnlichen Krankenschicksal solche Prozesse unterstützen. Viele psychisch erkrankte oder behinderte Menschen haben neben ihren Kontakten zu professionellen Helfer*innen und ihrer Selbsthilfegruppe in ihrem Bekanntenkreis ausschließlich Kontakt zu Menschen mit ebenfalls einer psychischen Erkrankung oder einer Behinderung. Auch die Aussicht auf eine finanzielle Unterstützung kann chronifizieren. Geld erhält nur der, der wenig Geld hat. Dies macht den Ausstieg, so Schweitzer und von Schlippe (2012), aus einer langweiligen, aber stressfreien Patientenkarriere in eine perspektivarne Konkurrenzgesellschaft riskant.

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

- Ein Betroffener hört auf, an eine positive Zukunft zu glauben.
- Er sieht sich im Wesentlichen als Opfer und nicht als Täter des eigenen Schicksals.
- Das gegenwärtige Verhalten wird als Ausdruck von Defiziten verstanden, die in der Person liegen.
- Die Vergangenheit wird als Schicksal verstanden, welches die Zukunft negativ bestimmt.

- Die Betroffenen vermeiden zu überlegen, was sie heute im Hier und Jetzt tun können, damit es ihnen besser geht.
- Das eigene Verhalten wird stets negativ und als Ausdruck der persönlichen Pathologie bewertet. Es wird nicht als ein nachvollziehbares Verhalten und als eine kreative Reaktion auf die gegebenen Umstände im aktuellen Kontext verstanden. Ein Beispiel wäre hier die Angst eines langjährigen arbeitslosen Suchtkranken vor einem Berufseinstieg, der eben nicht unbedingt Ausdruck der „Pathologie“ sein muss, sondern auch dadurch bedingt sein kann, dass ungewohnte Situationen ängstigen.
- Schweitzer-Rothers (2002) weist darauf hin, dass eine Chronifizierung eher erreicht wird, wenn das Verhalten für die Umgebung als nicht verstehbar erscheint. Wird hingegen das Verhalten vom Beobachter als asozial, ausbeuterisch, arbeitsscheu oder als Straftat interpretiert, wird eher keine chronische psychische Erkrankung attestiert. In diesen Fällen wird die Behebung dieses Verhaltens einem anderen Funktionssystem zugewiesen. Es reagiert dann z.B. das Justizsystem mit einer Anzeige oder die Arge (Jobcenter) kürzt das Arbeitslosengeld.
- Ärztliche und psychiatrische Einrichtungen werden von psychisch Kranken oftmals aufgesucht, um die Fachkräfte zu einer Bestätigung der eigenen Sicht, hier der einer massiven psychischen Störung, zu bringen. Bestätigen diese Institutionen die Selbstdiagnose, wirkt dies oftmals pathologisierend.
- Klinikaufenthalte und lange Arbeitsunfähigkeit verstärken zirkuläre Chronifizierungsprozesse. Zudem wirken diese langen Zeiträume gewohnheitsbildend, Patienten sind es nicht mehr gewohnt selbstständig zu leben oder als Arbeitnehmer tätig zu sein.
- Hilflosigkeit kann in einem umfassenden Sinne erlernt werden und unbewusst von anderen Personen gefördert werden, indem ihnen Tätigkeiten abgenommen werden, die sie selbst übernehmen könnten. Vorhandene Kompetenzen werden so nicht mehr genutzt. Beispiel: ein Selbsthilfegruppenmitglied übernimmt für ein anderes Selbsthilfegruppenmitglied alle finanziellen Angelegenheiten oder eine Person wird regelmäßig bei Arztbesuchen begleitet.
- Oftmals werden soziale Probleme zu psychischen Problemen. Beispielsweise wurde in einem Fall für einen längeren Zeitraum der Psychiatricaufenthalt verlängert, da eine Person in einer Großstadt mit geringem Wohnungsangebot keine eigene Wohnung fand. Typisch ist zudem der Fall, dass bei Kindern ein erheblicher Bewegungsdrang zu der Konstituierung einer psychischen Diagnose, hier einer ADHS-Diagnose mit einer Medikalisierung der Vergabe von Ritalin führt. Diese Konstituierung kann zu einer langjährigen psychosozialen Patientenkarriere beitragen.
- Krankheitskonzepte, die auf eine unendliche Krankheit verweisen, verfestigen diesen Prozess und wirken als selbsterfüllende Prophezeiung. Zu diesen Konzepten gehören die Bezeichnungen „frühe Störung“ und „endogene Psychose“. Festschreibende Diagnosen und chronifizierende Beschreibungen können die Opfer- und Krankenrollen „betonen“ (Von Schlippe und Schweitzer 2012).
- Chronifizierung wird unterstützt, indem frühere Bekanntenkreise vermindert werden und durch Bekannte aus den besuchten Einrichtungen oder ausschließlich durch Selbsthilfegruppen ersetzt werden.

- Wird primär eine Frührente, ein Behindertenausweis, der Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen oder ein betreuter Wohnplatz gewünscht, ist dies eher mit einer chronischen Erkrankung zu erreichen.
- Als problematisch erweist es sich, wenn langjährige Betreuungs- und Unterstützungsangebote unreflektiert weitergeführt werden. Möglicherweise werden unterstützende Personen ausgetauscht, die das alte Muster oder Formen einer „Mehr – des - selben“ Strategie fortsetzen.

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

Welche Schlussfolgerungen lassen sich hieraus ziehen? Immer wieder sollte reflektiert werden, ob eine Intervention zu einer Förderung der Gesundheit oder zu einer möglichen Chronifizierung beiträgt. Der befürchtete Chronifizierungsprozess ist zwischen den professionellen und ehrenamtlichen Helfern, dem Betroffenen und eventuell seinen Angehörigen zu erörtern. Es ist zu eruieren, wer und was alles zu einer Chronifizierung beiträgt. Wenn möglich, sind sinnvolle Verhaltensweisen, die einer Chronifizierung entgegenwirkten, positiv zu konnotieren (z.B. Arbeit zu entlohnen).

Im Kontakt mit dem Betroffenen und eventuell mit professionellen Helfern ist daher zu fragen, wie und mit welchen Strategien eine Person es gemeinsam mit anderen schafft, eine Störung immer wieder neu hervorzubringen, in dem eine Person (in der Regel ungewollt) durch sein Verhalten unter der Nutzung bestimmter Randbedingungen dafür sorgt, dass ein Problem nicht verschwindet, sondern sich stabilisiert.

Ausstiegsszenarien aus einer vorhandenen Chronifizierung sollten offen benannt und mit allen Beteiligten durchdacht und möglicherweise „durchgespielt“ werden. Pro und Contra dieses Prozesses sind zusammenzufassen und zuzuspitzen, um neue Entscheidungen möglich zu machen. Möglicherweise ist es in diesem Zusammenhang sinnvoll, nur zeitlich begrenzte Hilfen zu vereinbaren.

5. Exkurs: Übertragungen und Gegenübertragungen

Auch in der Praxis der Laienhilfe führt eine mangelnde Betrachtung der Übertragungen und Gegenübertragungen zu Fehlern. Eine Analyse dieser Phänomene ist daher auch für nicht-professionelle Helfer*innen bedeutsam. Zunächst wird erläutert, was unter dem Begriff Übertragung und Gegenübertragung verstanden wird.

Übertragungen sind unbewusste Vergegenwärtigungen alter Atmosphären und Szenen in einer Art und Weise, dass die Gegenwart verstellt wird und die Realitäten der anderen nicht gesehen werden können. In der Übertragungssituation verhalte ich mich so, als wenn mein Gegenüber beispielsweise mein Vater, meine Mutter o.ä. wäre. Ich reproduziere alte Beziehungsmuster¹⁴. Bereits Freud beobachtete, dass Patienten ihm gegenüber unangemessene intensive Gefühle von Liebe und Hass entwickelten. Diese Gefühlsregungen interpretierte er als Nachbildung, bzw. Neuauflage von Emotionen und Fantasien gegenüber früheren Beziehungspartnern. Später sah Freud in diesem Phänomen ein universelles Interaktionsphänomen, welches in jeder zwischenmenschlichen Beziehung mehr oder weniger deutlich auftreten kann. Eine Analyse der Übertragungen, die aus einer frühkindlichen Interaktion resultieren und auf einen Interaktionspartner übertragen werden, sah Freud als Kernstück der psychoanalytischen Arbeit. Er zielte darauf, mit der Bearbeitung der Übertragungsprozesse die Ursprungsneurose des Patienten zu heilen. Die Helfer*innen sollten wissen, dass solche Prozesse meist unbewusst auftreten und der Mensch oftmals zunächst keine anderen Verhaltensweisen zur Verfügung hat.

In der Regel wird die Gegenübertragung als Merkmal der Helfer*innen definiert. Nach Freud verstehen wir Gegenübertragung als eine unbewusste Reaktion des Therapeuten auf die Übertragung des Klienten. Bei problematischen und schädigenden Gegenübertragungen reagiert der Helfer auf dem Hintergrund eigener und unverarbeiteter Konflikte aus frühkindlichen Stadien, unangemessen bzw. schädigend. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn eine Person unbewusst in der Gegenwart eine Szene initiiert in der er wie früher von seinem Vater, erneut bestraft wird. Gegen Übertragungstendenzen können Helfer*innen manchmal merken, wenn sie den Eindruck haben eine Person, zum Beispiel ein Gruppenmitglied, erinnert sie an eine frühere für sie bedeutsame Person.

Wenn auch allgemein eine Gegenübertragung eine normale Reaktion auf eine Übertragung ist, können sie in einem problematischen Teil gewohnheitsgemäße persönlichkeitspezifische Gefühlsreaktionen auf bestimmte Personengruppen oder einzelne Personen sein. Diese werden dann oftmals nicht wahrgenommen und können sich störend und schädigend auswirken. Hierzu gehören z.B. das Moralisieren eines Laienhelfers, auf dem Hintergrund eigener Unsicherheiten oder Ängste oder ein übertriebenes besorgt sein und helfen bei einer Person die überfürsorgliche Verhaltensweisen aktiviert.

¹⁴ Manchmal wird der Begriff der Nebenübertragung verwendet. Hiermit ist gemeint, dass zum Beispiel in einer Gruppe eine Übertragung nicht geklärt werden kann, sondern dass diese in einer anderen Gruppe oder bei anderen Personen ausgelebt wird. Übertragungen und Gegenübertragungen finden sich nicht nur in den Beziehungen zwischen einzelnen Personen, sondern auch in Gruppen und Organisationen.

In der Gegenübertragung können verschiedene typische Rollen Aspekte unterschieden werden:

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

Im Umgang mit den Übertragungen sollte jeweils überlegt werden, inwieweit es nützlich ist sich auf solche Übertragungen zeitweise einzulassen und zum Beispiel für einen bestimmten Zeitraum die Rolle eines sorgenden Vaters zu übernehmen. In der Regel ist es sinnvoll auf die Gegenwart und die aktuellen Rollen hinzuweisen, also z.B. einem Gruppenmitglied mitzuteilen, dass man nicht sein Vater oder der frühere strenge Lehrer, sei um somit die Aufmerksamkeit auf die Gegenwart zu richten. Der Betreffende soll mit seinen „gesunden Anteilen wissen“, dass er anteilig in der Vergangenheit ist, also frühere Beziehung auf aktuelle Beziehungen überträgt. Gegen diese Einsicht stellen sich häufig Widerstände ein, um den Status quo zu erhalten.

6. Exkurs: Nocebo-Effekte

Im Gegensatz zu Placebo-Effekten werden Nocebo-Effekte, in denen negative Vorannahmen einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung zu einer Verschlimmerung eines Symptoms oder allgemein zu einer Verschlechterung einer problematischen Situation führen, in der Sozialen Arbeit und der Laienhilfe noch nicht fokussiert.

Unter dem Terminus Nocebo-Antwort (lat.: nocere = schaden) werden diejenigen negativen Effekte einer (medizinischen) Therapie (siehe Bundesärztekammer 2010) zusammengefasst, die nicht durch die direkte Wirkung eines Arzneistoffes oder andere behandlungsspezifische Bedingungen hervorgerufen werden. Beim Nocebo-Effekt handelt es sich um das Gegenstück zum Placebo-Effekt¹⁵. Die Bedeutsamkeit des Noceboeffektes wird bisher vorwiegend im medizinischen Bereich (Justman 2016) beschrieben und, ihr wird so Heier (2011), zu wenig Beachtung geschenkt. Hierbei handelt es sich um Symptomverschlimmerungen oder das neue Auftreten von Symptomen, die durch negative Überzeugungen, Vorerfahrungen, Ängste und Erwartungen evoziert werden. Hierzu gehören in der Medizin z.B. eine Verschlimmerung eines Symptoms oder die Verhinderung einer Symptomverbesserung. Beispielsweise können bei der Verordnung eines Medikaments durch die Beschreibung der Nebenwirkungen eben diese vermehrt auftreten. Weitere Beispiele sind Phänomene, in denen beispielsweise eine Laktoseintoleranz ohne Laktoseaufnahme, eine Erdnussallergie ohne Erdnüsse oder Kopfschmerzen durch nicht angeschaltete Telefonmasten auftreten. Wird Patienten das Röntgenbild einer lädierten Wirbelsäule gezeigt, sei die Gefahr groß, dass Rückenschmerzen chronisch werden (Heier 2011). Wer ausführlich den Beipackzettel eines Medikaments liest, oder im Detail vom Arzt oder Apotheker über mögliche Risiken und Nebenwirkungen aufgeklärt wird, leidet häufiger unter diesen Folgen. In einer in der Zeitschrift „Science“ veröffentlichten Studie von Wissenschaftlern des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) (Tinnermann et al. 2017) wurden bei Patienten durch ein Medikament Nebenwirkungen hervorgerufen, selbst wenn es sich um ein wirkstofffreies Scheinmedikament handelte. Dieser Effekt wurde noch verstärkt, wenn den Patienten mitgeteilt wurde, dass es sich um ein teures (Schein-) Medikament handelt.

Heller (2015, S. 41) berichtet von einer Studie, in der die Gesundheitsgefahren von Mobilfunk- und WLAN- Signalen untersucht wurden. Einer Teilgruppe wurde zunächst ein Fernsehbericht gezeigt, in dem teilweise drastisch über mögliche Gesundheitsgefahren berichtet wurde, eine andere Gruppe schaute einen Bericht über die Sicherheit von Internet- und Handy-Daten an. Anschließend wurden die Probanden einem WLAN-Scheinsignal ausgesetzt. Obwohl keine Strahlung vorhanden war, entwickelten die Mehrheit der negativ informierten Probanden Symptome der Beunruhigung, Beklemmung, Beeinträchtigung der Konzentration oder Kribbeln in den Fingern, Armen, Beinen und Füßen. Zwei Teilnehmer beendeten den Test vorzeitig, weil ihre Symptome sehr stark waren. Symptome zeigten besonders Personen mit einer generell erhöhten Ängstlichkeit.

¹⁵ Placebo (lateinisch: „Ich werde gefallen“) meint eine „Scheinsubstanz“, die im Rahmen jeder Therapie wirken kann. Als die Hauptmechanismen, die eine Placebo-Antwort auslösen können, gelten die Erwartungen des Behandlungseffektes durch die Patienten, assoziative Lernprozesse und die positiv wahrgenommene Beziehung zwischen Patient*innen und Behandler*innen.

Hinweise für die Bedeutung des Nocebo-Effekts außerhalb der Medizin finden sich in der Literatur nur vereinzelt, so formuliert Faust (o.J., S.9): „So unterscheidet man bei der Verabreichung von Medikamenten oder einer Psychotherapie (hier allerdings mit besonderen Problemen einer belegbaren Abgrenzung verbunden) spezifische von unspezifischen Effekten.“

Zunächst wird dieser Effekt näher beschrieben, um dann Handlungsempfehlungen für die Praxis anzuschließen.

Dieser vielfältig auftretende Effekt kann leichte oder auch sehr schwere Wirkungen haben. Als extreme Beispiele für einen Nocebo-Effekt werden in der Literatur von Voodopriestern vorhergesagte Todesurteile beschrieben (z.B. Hamilton-Paterson 2003). Dabei wird vermutet, dass die Opfer in ihrem Glaubenskonzext vor Angst erkrankten und hieran letztlich verstarben. Berichtet wird zudem (Heier 2011) von einem depressiven Patienten, der an einer Untersuchung zur Wirksamkeit eines Antidepressiva-Medikaments teilnahm. Der Patient wollte sich das Leben nehmen und nahm hierzu eine Überdosis des Medikaments. Kurz darauf fiel der Blutdruck rapide und er zitterte und atmete heftig. Der Patient ließ sich zur Notaufnahme fahren und kollabierte dort. Als die Ärzte herausfanden, dass er ein Scheinmedikament erhielt und ihm dies mitteilten, verschwanden die Symptome innerhalb kurzer Zeit.

Um diese Phänomene zu erklären, wird vermutet, dass negative Erwartungen im Organismus den Endorphinspiegel senken und der Körper zugleich bei negativen Erwartungen den Botenstoff Cholecystokinin ausschüttet. Beide sind beteiligt, wenn sich ein Gefühl von Angst und Panik entwickelt (Badenschier o. J., Heller 2015). Wirksam sind somit lernbedingte Effekte (operantes und klassisch konditioniertes Lernen) aus eigenen oder beobachteten Erfahrungen, die auf der körperlichen Ebene die Hormonfreisetzung oder Immunfunktionen beeinflussen (Heller 2015). Das Auftreten von Nocebo-Effekten hängt somit entscheidend von den Wirkerwartungen des Patienten/Klienten ab. Dieses Phänomen lässt sich als eine negative Erwartung im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung verstehen.

Personen gelten dann als besonders gefährdet „Opfer“ des Nocebo-Effektes zu werden, wenn sie dazu neigen, sich Katastrophen auszumalen, stets damit rechnen, dass ihnen Schlimmes widerfahren wird oder wenn sie besonders ängstlich oder depressiv sind (siehe www.palverlag.de/lebenshilfe-abc/nocebo.html, Faust o.J., S. 7). Klienten sind somit in Situationen besonders gefährdet negativ beeinflusst zu werden, wenn sie sich in einer Krise als essenziell bedroht erleben, aktuell intellektuell eingeschränkt sind und sie sich in einer Problemtrance befinden. Hier werden dann z. B. Details fokussiert, die Angst machen. Dies führt dann häufig zur Erwartung einer Verschlimmerung oder zu Misstrauen gegenüber der Methode oder dem Behandler. Einfluss nehmen hier auch (Heller 2015) negative Vorerfahrungen (eigene oder beobachtete), mögliche Ideologien zur Krankheitsentstehung oder Behandlung oder ein Krankheitsgewinn, der eine Verbesserung verhindert.

Diese Konzentration auf mögliche Probleme tragen zum Entstehen einer Problemtrance bei, in der nur Probleme gesehen werden. Dies führt häufig zu einem negativen Teufelskreis der Selbstentmutigung und Selbstentwertung. Dies geschieht oftmals bereits durch das Denken an oder die Benennung von Problemen, z. B. wenn an eine beängstigende neue Situation gedacht wird. Wahrnehmungspsychologisch lässt sich die Entstehung dieser Effekte an einem kleinen Beispiel verdeutlichen: Stellen Sie sich bitte folgende Szene vor: „Auf dem Sofa sitzt keine Katze. Beschreiben Sie jetzt bitte das, was Sie sehen.“ Die Antworten zeigen: Die meisten

Personen beschreiben trotzdem eine Katze, obwohl dies nicht die Aufgabe war. An diesem Beispiel wird deutlich, Aussagen, die mit einem „keine / nicht“ verbunden sind, werden trotzdem wahrgenommen und „wirken“. So wird möglicherweise der Satz „Sie brauchen keine Angst zu haben“ nicht angstlösend und somit hilfreich sein. Bezogen auf die Beschreibung von problematischen Phänomenen, wie z.B. einer notwendigen stationären Hilfe oder den Folgen einer Scheidung (Beushausen, Finke 2018), zeigt dieses Beispiel zudem auf, wie schwer es in der Beratung ist, einen Sachverhalt positiv zu formulieren.

Festzuhalten ist, der Mensch, bzw. sein Gehirn verarbeitet ein nicht/nein/kein und ebenso wie Relativierungen und Verkleinerungen nicht angemessen (Heller 2015). In Extremsituationen fokussiert das Gehirn meist auf das Negative oder Bedrohliche, auch um in aller in einem weit verbreiteten Verhaltensmuster sich lieber auf das Schlimmste vorzubereiten und sich dann zu freuen, wenn es nicht eintritt oder nicht so schlimm war.

Im Gespräch ist daher zu berücksichtigen, dass bereits die Benennung und erst recht die emotionale Betonung, z.B. in Form einer Dramatisierung von Problemen und Gefahren, in der Kommunikation eine negativ wirkende, „ansteckende“ Bedeutung hat.

Solche problematischen Äußerungen beispielsweise sein:

- „Du bist ein schwerer Fall.“
- „Stress macht burn-out.“
- „Du siehst aber schlecht aus!“
- „Du hast eine chronische Erkrankung“
- „Das wirst Du nicht schaffen.“
- „Das hat ja auch beim letzten Mal nicht geklappt.“
- „Du brauchst keine Angst haben.“

Dieser hier beschriebene Nocebo-Effekt lässt sich somit als eine Form einer Nebenwirkung beschreiben und sollte in den verschiedensten Berufsfeldern der Sozialen Arbeit und auch in der Laienhilfe näher betrachtet werden. Zunächst sollen, um diesen Effekt zu vermeiden, in einer Aufzählung einige allgemeine Empfehlungen gegeben werden:

- In der Selbsthilfe entsteht oftmals die Notwendigkeit einerseits über die möglichen Probleme informieren zu müssen und andererseits Nocebo-Effekte zu vermeiden, d.h. zu bedenken, dass auch eine Aufklärung (Psychoedukation) immer Risiken aufweist. Einem solch möglichen negativen „Teufelskreis“ ist die Benennung von Fortschritten, ein positives Feedback, positive Entwicklungsziele und Lösungsideen entgegen zu setzen. Für die Beratungspraxis bedeutet dies: Die Beschreibung von Konflikten, Störungen, Defiziten und Problemen ist zunächst wertschätzend zur Kenntnis zu nehmen, sollte jedoch nicht (immer) vertieft exploriert werden. Stattdessen sollten möglichst rasch die Stärken, Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten in den Blick genom-

men werden. Im Mittelpunkt steht demnach häufig die Erörterung der Ressourcen und eine Kenntnis neben den jeweiligen speziellen Stressoren eine Fokussierung auf die Protektionsfaktoren. Für die Praxis ist demnach entscheidend, ob es gelingt nicht nur über die Probleme, sondern eben auch über mögliche positive Veränderungen zu sprechen und diese im Alltag zu erleben. Ein Gespräch ist lösungsorientiert, so Schmitz (2009), wenn das Gute am bisher Schlechten als Ausgangspunkt genommen wird, die ersten kleinen Schritte in die Entwicklungsrichtung führen und die Zuversicht des Menschen unterstützt wird. Zudem werden nächste kleine Schritte einer Veränderung und der dazu passende Zeitpunkt vereinbart.

- Katastrophenphantasien und Grübeleien über die Zukunft sollten bewusst unterbrochen werden und dazu aufgefordert werden, sich stattdessen positiven Dingen zuzuwenden.
- Allgemein sollten die Betroffenen unterstützt werden, ihre Gedanken und Handlungen auf die Gesundheit und die Gesundheitsvorsorge zu richten und aktiv zu werden. Hilfreich ist es, sich etwas Positives und Schönes zu gönnen und sich Zeit für Dinge zu nehmen, die begeistern. Die Kommunikation mit Menschen oder das Lesen von entsprechenden Biographien und Berichten, die das aktuelle nicht nur negativ, sondern auch positiv bewerten, ist gezielt zu fördern.
- Hinterfragt werden kann die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von negativen Folgen.
- Im Gespräch sollten Formulierungen so positiv wie möglich gehalten werden, statt negative Begriffe zu nutzen. Beispiel: „Du brauchst keine Angst vor der Krise zu haben.“ Stattdessen: „Die meisten Menschen bewältigen schwierige Situationen gut.“ Hier kann, wie bereits ausgeführt, die Benennung eines zu erwartenden Problems oder einer negativen Emotion einen negativen Einfluss ausüben.
- Das Einnehmen der Metaebene kann hilfreich sein. Beispiel: „Sollten wir über die möglichen negativen Folgen der Arbeitslosigkeit sprechen oder sollten wir dies besser nicht tun? Wenn ja, inwieweit wäre dies für Dich hilfreich?“
- Um eine gewünschte Entwicklung und Veränderung eines Klienten zu fördern, kann im Gespräch die Suche nach möglichen „problemfreien oder problemarmen“ Zuständen oder Ausnahmeerfahrungen fokussiert werden. Erfolge sollten sichtbar gemacht und z.B. gefeiert werden. Positive Erfahrungen können aufgeschrieben werden, neue hilfreiche Rituale sind zu fördern.

Nur durch Selbstreflektion, Achtsamkeit und sorgfältige Formulierungen in der Beratung und über einen „positiven Blick“ lassen sich Nocebo-Effekte vermeiden und möglicherweise Placebo-Effekte nutzen.

7. Schädigende Auswirkungen auf die Laienhelfer*innen

In vielfältigen Wechselwirkungen tragen die genannten Fehler und Nebenwirkungen nicht nur zu vielfältigen Schädigungen der Selbsthilfegruppenmitglieder bei. Laienhelfer*innen sollten daher zur Erhaltung ihrer Gesundheit und der Zufriedenheit in der ehrenamtlichen Arbeit ihre Psychohygiene (Self-Care) besonders beachten. Bereits 1991 nannte Fengler Beispiele beruflicher Deformationen in psychosozialen professionellen Arbeitsfeldern, die auch für die Laienhilfe noch aktuell und bedeutsam sind. Unter Deformation werden hier Schädigungen, Verformungen, Fehlentwicklungen, Abnutzungen, Verschleißerscheinungen, Erstarrungen, Fehlorientierungen, Entfremdungen, Realitäts- und Wahrheitsverlusten ebenso verstanden, wie eine Verkennung im Erleben, Verhalten, Denken, die im Laufe der unterstützenden Tätigkeit und durch diese bedingt auftreten.

Folgende Deformationen, die hier auf die Situation von Selbsthilfegruppenmitgliedern übertragen werden, sind typisch (vgl. Fengler 1991):

- Dauerbelastung
- Überidentifikation
- Wahrnehmungselektion: Von der Fülle des Lebens werden nur die Aspekte zur Kenntnis genommen und gelebt, die mit der Tätigkeit als Laienhelfer*in in Verbindung stehen. Zugleich wird hierbei der Kontakt mit anderen Menschen funktional fragmentiert und verliert den Charakter einer Begegnung mit einer ganzen Person.
- Dies kann zu einer Interessenverarmung führen.
- Gedankliche Dürre und abrufbare Gefühle: Berechenbarkeit und verfestigte Routine führen häufig zu einem erstarrten Gestus und Ausdruck. Diese Attitüden bemächtigen sich des Betreffenden, sobald er sich in seiner Helferrolle angesprochen fühlt. Manche Helfer*innen strahlen Wärme und Zuversicht aus, sobald sie angesprochen werden. Dies kann zu Automatismen auch im privaten Kontakt führen.
- Folgen dieser Deformationen sind z. B. der Verlust der Einfühlung, stereotypisiertes Verhalten oder eine überzogene klischeehafte Technisierung der Konfrontation.
-

Abschließend werden erneut summarisch einige Hinweise aufgelistet, die helfen können, die gesundheitsfördernden Faktoren zu stärken:

- Generell sind alle möglichen hilfreichen inneren und äußeren Kraftquellen zu nutzen.
- Supervision oder eine gemeinsame Reflexion sollten regelmäßig genutzt werden, um zu entlasten und andere Sichtweisen und Perspektivenvielfalt zu erzeugen. Erste Ansprechstellen für eine qualifizierte Unterstützung sind hier die Selbsthilfekontaktstellen.

- Wie „schalte“ ich ab? Hilfreich ist die Implementierung eines inneren „Siebs“, mit dem nach eigenen Kriterien entschieden werden kann, was gemäß dieser Metapher aufgenommen werden soll und was auszusortieren ist.
- Laienhelfer*innen sollten sich in Abständen gezielte Fragen stellen: Wie belastbar bin ich aktuell, wie viele Krisen verkrafte ich?
- Welche Belastungen bedürfen einer Korrektur?
- Wie verbringe ich meine Freizeit (z. B. Auswahl der Bücher, der Filme, zu viele belastende Sendungen im Fernsehen)?
- Sorge ich gut für meinen Leib, bewege ich mich genug? Treibe ich Sport? Schlafe ich gut und ausreichend?
- Sind die Freund*innen passend gewählt und stützend?
- Wie stabil ist das soziale Netzwerk?
- Werden ausreichend Grenzen gesetzt? Erlaube ich mir, nein zu sagen und Abstand zu nehmen?
- Sind die Erholungszeiten ausreichend?
- Welchem Muster/Bewältigungsmöglichkeiten kenne ich von mir, wie reagiere ich typischerweise unter Belastung? Welche sind förderlich oder hinderlich?
- Was brauche ich, um “in meiner Kraft“ zu bleiben?
- Sind die Ziele, die ich mir als Laienhelfer*in gesetzt habe angemessen?

8. Literatur

- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Eine Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Herausgabe von A. Franke. Forum, Band 36, Tübingen.
- Badenschier, F.: Der Nocebo-Effekt. [www. Planet-wissen.de/gesellschaft/medizin/psychosomatik/pwiederNocebo-Effekt100.html](http://www.Planet-wissen.de/gesellschaft/medizin/psychosomatik/pwiederNocebo-Effekt100.html). Zugriff am 15.10.2017.
- Bembenek, C. (2006): Welche Merkmale kennzeichnen die Inanspruchnahmepatienten ambulanter Psychotherapie? Dissertation, Hannover.
- Beushausen, J. (2013): Die Chronifizierung psychosozialer Probleme - Beiträge des Helfers und seiner Institution. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 5/2013 (TUP), S. 341 – 346.
- Beushausen, J.: (2014a) Hard to reach Klientel - (Sozial)Therapie 2. Klasse? In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit (TuP) 1/2014.
- Beushausen, J. (2014b): Beratung und Therapie – ein paradoxer Unterschied. Reflexionen zur Identität biopsychosozialer Arbeit. Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Weitrandsdorf, <http://www.zks-verlag.de/beratung-und-therapie/>
- Beushausen, J. (2014c): Sind Laienhelfer, Berater und Therapeuten gleich wirksam? Anmerkungen zu einer bedeutsamen und ungeklärten Frage. Veröffentlicht am 12. 12. 2014 in socialnet Materialien unter <http://www.socialnet.de/materialien/205.php>. und am 04.02.2015 unter: <http://systemmagazin.com/sind-laienhelfer-berater-und-therapeuten-gleich-wirksam-anmerkungen-zu-einer-bedeutsamen-und-ungeklaerten-frage/>
- Beushausen, J. (2014d): Risiken und Nebenwirkungen (k)ein Thema für die Soziale Arbeit? Onlineveröffentlichung im ZKS-Verlag, Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Weitrandsdorf, am 21.05.2014 unter http://www.zks-verlag.de/wp-content/uploads//8859-1Qrkungen_der_psycho-sozialen_Beratung.pdf
- Beushausen, J. (2016): Der Umgang mit Risiken und Nebenwirkungen in der Selbsthilfe. In: Selbsthilfegruppenjahrbuch der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.(DAG SHG), 2016, S. 105 – 111 und unter: www.dag-shg.de/data/Fachpublikationen/.../DAGSHG-Jahrbuch-16-Beushausen.pdf
- Beushausen, J. / Finke, V. (2018): Scheidungsfolgen für die Kinder – auch ein Nocebo-Effekt. Soziale Arbeit, DZI, 3-2018, S. 89 – 99
- Bleckwedel, J. (2008): Systemische Therapie in Aktion. Kreative Methoden in der Arbeit mit Familien und Paaren. Göttingen.
- Borgetto, B. (2004): Selbsthilfe und Gesundheit. Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven. Bern.
- Borgetto, B. (2009): Entwicklung, Situation und Perspektiven der Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutzes, 52. Jg., Heft 1, S. 11-20.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BptK) (2013): Mitteilungen zum 22. Deutschen Psychotherapeutentag – Politik für psychisch kranke Menschen. In: Psychotherapeutenjournal 2/2013, 19.06.2013, S. 168 – 171, [http://www.psychotherapeutenjournal.de/ptk/web.nsf/gfx/D6995479724DE46241257B8F005176E0/\\$file/ptj_2013-2.pdf](http://www.psychotherapeutenjournal.de/ptk/web.nsf/gfx/D6995479724DE46241257B8F005176E0/$file/ptj_2013-2.pdf), Zugriff am 24.06.2013.
- Daum, K.-W. / Matzat, J. / Moeller, M. L. (1984). Psychologisch-Therapeutische Selbsthilfegruppen. Stuttgart.
- Deloie, D. (2011): Soziale Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit. Traditionslinien – Theoretische Grundlagen – Methoden. Gießen.
- Engel, F. / Nestmann, F. / Sickendiek, U. (2004): „Beratung“ - ein Selbstverständnis in Bewegung. In: Nestmann, S. / Engel, S. / Sickendiek, U. (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung Bd. 1, Disziplinen und Zugänge, Tübingen.
- Eugster, R (2000): Die Genese des Klienten. Soziale Arbeit als System. Bern.
- Faust, V.: Nocebo – wissenschaftlich gesehen. In: Psychiatrie heute. Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln. Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit. O.J. <http://www.psycho-soziale-gesundheit.net/pdf/Int.1-Nocebo.pdf>. Zugriff am 22.10.2011
- Fengler, J. (1991): Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation. 3. wesentlich erweiterte Aufl. Pfeiffer Verlag. München.
- Fengler, J. (2014): Vortrag: Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und Beruflicher Deformation. Alexianer Ethik-Forum 2014: Die erschöpfte Gesellschaft–Burnout als Zeiterscheinung und

- ethische Herausforderung“ (Onlineressource). Universität Köln, Fakultät Humanwissenschaften. Köln. Unter: http://www.alexianer.de/fileadmin/user_upload/alexianer.de/05_Karriere/02_Fort-_und_Weiterbildung/Vortraege/Joerg_Fengler_Helfen_macht_muede_Alexianer_Ethikforum_2014.pdf, letzter Zugriff am 24.08.2015.
- Flückiger, C. / Regli, D. (2007): Die Berner Ressourcen-Taskforce. Ein Praxis-Forschung- Netzwerk zur Erkundung hilfreicher Wirkfaktor-Muster. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 39 (2), S. 307 – 320.
- Gahleitner, S. / Reichel, R. (2013): Integrative Orientierung. In: Pauls, H., Stockmann, P., Reicherts, M. (Hrsg.): *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil*. Freiburg, S. 156 – 173.
- Gahleitner, S. (2014): Bindung psychosozial: Professionelle Beziehungsgestaltung in der Klinischen Sozialarbeit. In: Trost, A. (Hrsg.): *Bindungsorientierung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen, Forschungsergebnisse, Anwendungsbereiche*. Basel, S. 55- 72.
- Galuske, M. (2011): *Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. 9., ergänzte Auflage, Weinheim und München.
- Gutsche, H. (1999): Abgrenzung und Gemeinsamkeiten von Psychologischer Beratung vs. Psychotherapie. In: *Paracelsus Magazin*. Erster Beitrag, Heft 01/1999.
- Grawe, K. / Donati, R. / Bernauer, F. (1995): *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Vierte Auflage, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.
- Groß, L.J. (2013): *Ressourcenaktivierung als Wirkfaktor in der stationären und teilstationären psychosomatischen Behandlung*. Dissertation, Nürnberg, unter: [DiseertationLisaGross-1](http://www.dissertation-lisa-gross.de).
- Haarhoff, H. (2013): Die Scheu vor den schweren Psycho-Fällen. *Taz* vom 8./9. 05. 2013, S. 7.
- Haller, F. (2012): Zur Wirksamkeitsforschung bei psychologisch-therapeutischen Selbsthilfegruppen. In *Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen, DAG SGH, ev. (Hrsg.)*, Gießen, www.dag-shg.de.
- Haller, F. / Gräser, H. (2012): *Selbsthilfegruppen*. Weinheim, Basel.
- Hamilton-Paterson, J. (2003): Nocebo-Effekt. In: *Die Weltwoche*. Ausgabe 30.
- Hartmann, S. / Zepf, S. (2005): Hilfe zur Selbsthilfe – Ergebnisse von Laienbehandlungen in unterschiedlichen Selbsthilfegruppen. *Selbsthilfegruppenjahrbuch 2005*, 110–120.
- Heier, M. (2011): Nocebo: Wer’s glaubt wird krank. *Gesund trotz Gentests, Beipackzetteln und Röntgenbildern*. Hirzel, Stuttgart.
- Heller, T. (2015): Nocebo-Effekt. Es kommt auf jedes Wort an. *Klecks-Verlag, Flörsbachtal*.
- Justman, St. (2016): *The Nocebo Effect*. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Koschier, A. (2012): Beziehung als Risikopuffer? Ausschnitte aus einer Studie zu Risiken und Nebenwirkungen der Psychotherapie in Österreich In: *Zeitschrift für Klinische Sozialarbeit* 8(4), S. 8 – 9, http://www.zks-verlag.de/wp-content/uploads/KlinSA_2012_8-4_2408.pdf.
- Lambers, H.(2010): *Systemtheoretische Grundlagen Sozialer Arbeit*. Opladen & Farmington Hills 2010.
- Lambert, M. (2013): The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: M. Lambert (Hrsg.) *Bergin & Garfields handbook of psychotherapy and behavior change*, New York, pp. 169-218.
- Leitner, A. (2010): *Handbuch der Integrativen Therapie*. Wien / New York.
- Lieb, K. (2005): *Psychiatrie und Psychotherapie*. In: Brunnhuber, S., Frauenknecht, S., Lieb, K. (Hrsg.): *Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie*. 5. Auflage. München und Jena.
- Leitner, A. (2010): „Bei der ersten Begegnung...“ Risiken im Diagnostik Prozess führt Psychotherapie und Beratung. Zugriff am 2.12.2013 unter http://www.ash-berlin.eu/fileadmin/user_upload/pdfs/Studienangebot/Master/Klinische_Sozialarbeit/KlinSA/Poster_Gehrlich.pdf
- Liechti, J. (2009): *Dann komm ich halt, Sag aber nichts. Motivierung Jugendlicher in Therapie und Beratung*. Heidelberg.
- Lacroix, A. / Eikmeier, G. (2014): Behandlung von “gleich zu gleich”: Genesungsbegleiterinnen und -begleiter in der Psychiatrie. In: *Impulse*, 84, 3.Quartal Sept. 2014, S. 22f.
- Melchinger, H. (2010): Schlechte Karten für schwer Kranke. In: *Neuro Transmitter*. Heft 6, S. 27-29.
- Moeller, M. (2007) (Neuausgabe von 1981): *Anders helfen. Selbsthilfegruppen und Fachleute arbeiten zusammen*. Gießen.
- Müller-Kohlenberg, H. (1996): *Laienkompetenz im psychosozialen Bereich. Beratung - Erziehung – Therapie*. Opladen.
- Nestmann, F (2008): Die Zukunft der Beratung in der sozialen Arbeit. In: *Beratung Aktuell*, Fachzeitschrift für

- Theorie und Praxis der Beratung. Paderborn, 2-2008.
- Ningel, R. (2011): Methoden der Klinischen Sozialarbeit. Stuttgart.
- Ortmann, K-H. (2006): Beratung in der Klinischen Sozialarbeit. In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. 2/2006, S. 23.
- Pauls, H. (2011): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Weinheim und München, 2. überarbeitete Auflage.
- Peböck, M, / Doblhammer, S. / Holzner, J. (2011): Einblicke und Ausblicke - auf als Gegenstand wissenschaftlicher Forschung. In: Meggeneder, O. (Hrsg.): Selbsthilfe im Wandel der Zeit. Neue Herausforderungen für die Selbsthilfe im Gesundheitswesen Frankfurt a. M., S. 227- 253.
- Ritscher, W. (2013): Systemische Modelle für die Soziale Arbeit. Ein integratives Lehrbuch für Theorie und Praxis. Heidelberg, 3. Aufl.
- Röh, D. (2009): Soziale Arbeit in der Behindertenhilfe. München.
- Roth G. / Strüber, N. (2014): Wie das Gehirn die Seele macht. Stuttgart.
- Schiersmann, S. / Thiel, H-U. (2012): Beratung als Förderung von Selbstorganisationsprozessen - eine Theorie jenseits von „Schulen“ und „Formaten“. In: Schiersmann, S. u. Thiel, H-U (Hrsg.): Beratung als Förderung von Selbstorganisationsprozessen. Göttingen, S. 14 – 78.
- Schlippe, A. von / Schweitzer J.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Das Grundlagenwissen I. Göttingen 2012.
- Schmitz, L. (2009): Lösungsorientierte Gesprächsführung. Verlag Modernes Lernen, Dortmund.
- Schofield, W. (1964): Psychotherapy. The purchase of friendship. Oxford: Prentice Hall.
- Simon, F. B. (2007): Die Kunst, nicht zu lernen und andere Paradoxien in Psychotherapie, Management, Politik. Auer-Verlag Heidelberg.
- Schweitzer-Rothers, J. (2002): Wege aus psychiatrischen Chronifizierungsprozessen: Beratungstechniken für Prävention und Rehabilitation. In: Keller / Greve (Hrsg.): Systemische Praxis in der Psychiatrie, Heidelberg.
- Schwing, R. / Fryszer, A. (2009): Systemisches Handwerk. Werkzeug für die Praxis. Göttingen.
- Tinnermann, A. / Geuter, S. / Sprenger, C. / Finsterbusch, J. / Büchel, C. Interactions between brain and spinal cord mediate value effects in nocebo hyperalgesia. Science (2017). 357. DOI: 10.1126/science.aan1221.
- Utschakowski, J. (2010): Das Licht am Ende des Tunnels - Das Projekt EX-IN qualifiziert Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung zu Genesungsbegleitern. In: pflegen: psychosozial, 02/2010, 29 – 33.
- Vogel, R. (1990): Gesprächs-Selbsthilfegruppen: Interviews mit Aussteigern und Dabeigeblienen. Unveröffentlichte Dissertation, Technische Universität Berlin.
- Wendt, T. (2013): Psychotherapeutische Interventionsmethoden und Konzepte in der Sozialen Arbeit. Semiprofessioneller Pragmatismus oder multimodale Chance? In: Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Coburg.
- Wittchen, H.-U. (2013): Vortrag auf dem 22. Psychotherapeutentag. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS), speziell zum Modul „Psychische Störungen/Gesundheit. Psychotherapeuten-Journal 2/2013, 168 – 170.
- Wissenschaftlicher Beirat (2010): Placebo in der Medizin - Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer. www.bundesaerztekammer.de/aerzte/medizin-ethik/wissenschaftlicher-beirat/veroeffentlichungen/weitere-themen/placebos/ Zugriff am 27.08.2018.
- www.palverlag.de/lebenshilfe-abc/nocebo.html), Zugriff am 23.12.2016.

Verfasser:

Dr. Jürgen Beushausen, geb. 1955, Studium der Sozialarbeit und der Erziehungswissenschaft, Dozent an der Hochschule Emden, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit. Langjährige Tätigkeit als Supervisor, Lehrtherapeut und in der Suchtkrankenhilfe, dort vielfältige Kontakte mit Selbsthilfegruppen.

Kontakt: juergen.beushausen@hs-emden-leer.de,