

1 Einführung

1.1 Psychotherapie und psychosoziale Beratung: Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Im Folgenden werden vier psychologische Grundkonzepte der Psychotherapie dargestellt (► Abb. 1.1). Gleichesmaßen stellen sie auch die Grundlage psychosozialer Beratung dar.



Abb. 1.1: Säulen der Psychotherapie und Grundlagen der psychosozialen Beratung

1. Die psychoanalytisch orientierte Beratung geht davon aus, dass weit zurückliegende, emotional berührende Erlebnisse das gegenwärtige Erleben der Klientin prägen. Individuelle Störungen liegen in der eigenen Biographie begründet. Die Beziehung zwischen Therapeutin und Klientin steht im Vordergrund.
2. Die klientenzentrierte Beratung geht von einem selbstgesteuerten, wachstumsfähigen Individuum aus. Damit die Klientin sich selbst verwirklichen kann, ist ein wachstumsförderndes Beratungsklima notwendig. Die Beraterin muss bestimmte Bedingungen schaffen (eine Atmosphäre der Akzeptanz, Empathie und Echtheit). Damit steht die Therapeutin-Klientin-Beziehung im Vordergrund.

3. Verhaltenstheoretische Beratung orientiert sich an den Lerntheorien; hiernach ist alles Verhalten gelernt und kann auch wieder verlernt bzw. modifiziert werden. Das trifft auch für bestimmte negative Denkmuster zu, die verändert werden können. Erreichen lässt sich dies durch bestimmte Techniken. Das Symptom steht im Vordergrund.
4. Systemische Ansätze: Familienberatung. Menschen leben in sozialen Gefügen und bilden dynamische Systeme. Die Beziehungen innerhalb eines Systems sind intensiv. Sie funktionieren nach einer eigenen Dynamik und verändern sich ständig. Die Beziehungen im System stehen im Vordergrund.

Die Abgrenzung zwischen psychosozialer Beratung und Psychotherapie ist nicht einfach und erscheint teilweise widersprüchlich. Beginnen wir mit rechtlich vorgegebenen Unterschieden: Nach dem im Jahre 1998 erlassenen Psychotherapeutengesetz (PsychThG) wird Psychotherapie in der Heilkunde verordnet und soll sich mit der Behandlung psychischer Störungen befassen. Die Psychotherapie – so sie als »anerkanntes« Verfahren gilt und das sind Verfahren der Psychoanalyse und der davon abgeleiteten Tiefenpsychologie sowie die Verhaltenstherapie und die Familientherapie – kann nur von approbierten Psychotherapeuten/innen durchgeführt werden und wird von den Krankenkassen erstattet. Häufig findet sie in freier Praxis statt. Die Approbation ist gekoppelt an eine Psychotherapieausbildung in den so genannten Richtlinienverfahren (siehe oben: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Familientherapie) und setzt ein Studium der Psychologie oder Medizin voraus. Psychosoziale Beratung dagegen findet im institutionellen Rahmen statt und ist in der Regel kostenfrei. Die Psychotherapie behandelt Störungen mit Krankheitswert, die Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben. Dazu zählen u.a. neurotische Störungen und Konflikte, seelische Behinderungen als Folgezustände körperlicher Erkrankungen und Entwicklungsdefizite, falls psychodynamische Faktoren wesentlichen Anteil daran haben. Psychosoziale Beratung greift bei aktuellen Lebenskrisen, in denen die Bewältigungskapazitäten des Einzelnen überfordert sind. Manchmal ist eine Abgrenzung nicht einfach, weil etwa auch Probleme wie z.B. Partnerschaftskonflikte, Selbstwertkrisen oder Motivationsprobleme während der Ausbildung psychotherapeutisch behandelt werden. Das sind aber keine Krankheiten im eigentlichen Sinne, wie Barabas (2007, S. 1210f) bemerkt. Eine formale Abgrenzung zwischen Störungen mit Krankheitswert und beeinträchtigenden Konflikten aus der Lebenswelt ist also bei genauerem Hinsehen nicht unbedingt eindeutig, es gibt fließende Übergänge.

Sowohl im beraterischen Kontext als auch im therapeutischen Kontext sind die gleichen Berufsgruppen anzutreffen, sofern beides im institutionellen Rahmen stattfindet. Angehörige psychosozialer Berufsgruppen können ebenfalls eine beraterische oder psychotherapeutische Ausbildung machen, allerdings ohne die Approbation zu erlangen. Eine Ausnahme stellt die Approbation zum/r Kinder- und Jugendlichentherapeuten/in dar. Diese kann auch mit dem Studienabschluss der Pädagogik oder Sozialpädagogik erworben werden.

Gemeinsamkeiten von Psychotherapie und Beratung

Psychotherapie und Beratung haben zunächst inhaltlich viele Überschneidungspunkte (Engel et al. 2007, S. 36). Rein äußerlich betrachtet, wird man in beiden Kontexten häufig kaum Unterschiede feststellen.

- **Ablauf:** Es finden professionelle Gespräche über die seelische Verfassung und die persönlichen Probleme der Klientin statt. Im Rahmen eines Interaktionsprozesses soll die Ratsuchende mehr Klarheit über die eigenen Probleme und ihre Bewältigung gewinnen.
- **Interventionen:** Auch die Interventionen sind ähnlich, da sowohl Beratung als auch Psychotherapie auf die gleichen Grundkonzepte zurückgreifen.
- **Entwicklung von Ressourcen:** Sowohl in Therapie als auch in Beratung geht es immer um die Entwicklung persönlicher Ressourcen und die Stärkung der Problemlösekompetenz.
- **Asymmetrische Beziehung:** Bei beiden Interventionsformen muss von einem asymmetrischen Prozess gesprochen werden, auch wenn manche Konzepte die Gleichgewichtigkeit des Gegenübers betonen: Die ratsuchende oder therapie-aufsuchende Person fühlt sich in ihrer Situation hilflos und sucht professionelle Hilfe auf.
- **Vertrauensvolle Beziehung:** Beide Formen können nur erfolgreich sein, wenn sich auf Seiten der Klientin eine vertrauensvolle Beziehung zur Beraterin/Therapeutin einstellt.
- **Freiwilligkeit:** Beratung und Therapie finden in der Regel freiwillig statt. Demzufolge ist die Klientin motiviert und veränderungsbereit. Beides kann jedoch auch staatlich verordnet werden (z.B. Therapieauflage für den Täter bei sexuellem Missbrauch oder Schwangerschaftskonfliktberatung).
- **Gruppen- und Einzelsitzungen:** Sowohl Psychotherapie als auch Beratung können in einer dyadischen (Zweier-) Situation als auch in einer Gruppensitzung stattfinden.

Unterschiede von Psychotherapie und Beratung

- **Dauer:** Während eine Beratung eher kurzfristig angelegt ist und ca. 3–5 Sitzungen umfasst, kann eine Therapie u.U. mehrere Jahre dauern.
- **Kosten:** Die Beratung ist kostenfrei im Rahmen der psychosozialen Betreuung (Sozialgesetzgebung), die Therapie ist eine Kassenleistung und muss beantragt werden.
- **Zugangsweg:** Demzufolge ist bei der Beratung der Zugangsweg offen für jeden, das Angebot ist im Vergleich zur Therapie niederschwellig. Der Zugang zur Therapie erfolgt dagegen über ein Gutachten zur Therapiebedürftigkeit, welches von der Krankenkasse genehmigt werden muss.
- **Anwendungsfeld und Zielsetzung:** Die Bezeichnung Psychotherapie (griech.: Heilen der Seele) steht als Oberbegriff für alle Formen psychologischer Verfahren, die ohne Einsatz medikamentöser Mittel stattfinden. Sie zielen auf die Behand-

lung psychischer und psychosomatischer Krankheiten, Leidenszustände oder Verhaltensstörungen ab und auf eine Veränderung und Entwicklung der Persönlichkeit. Damit haben sie einen kurativen (heilenden) Anspruch.

Demgegenüber ist das Anwendungsfeld der psychosozialen Beratung erheblich weiter und umfasst zahlreiche Beratungsfelder der Pädagogik und der Sozialen Arbeit. Sie ist nicht auf Heilen ausgerichtet, sondern gibt relativ gesunden Menschen Hilfestellung bei der Auseinandersetzung mit allen Arten psychosozialer Schwierigkeiten, allgemeinen Lebensproblemen, kritischen Lebensereignissen, welche die Persönlichkeit »nicht zutiefst beeinträchtigen« (vgl. Engel et al. 2007, S. 38; Nestmann et al. 2007, S. 599; Großmaß, 2007, S. 100).

Außerdem ist psychosoziale Beratung nach Engel et al. (2007, S. 35) doppelt verortet: Sie hat nicht nur den Auftrag, anhand von professionellen Beratungsmethoden zu beraten; sie muss darüber hinaus gewünschte Informationen sachkundig erteilen. Da sich Beratung eher mit relativ ungestörten Personen befasst (Nußbeck, 2019, S. 22), liegt der Fokus bei der Beratung ausschließlich auf der Stärkung von Ressourcen. Beratung findet häufig unter einem rehabilitativen Aspekt (Bewältigung von Krankheit, Kompensation von Behinderungen) oder einem präventiven (vorbeugenden) Aspekt statt: In letzterem Fall sollen durch Beratungsangebote Probleme erst gar nicht entstehen. Beratung kann aber auch kurativen Charakter haben und hat in diesem Fall die größte Nähe zur Psychotherapie.



Abb. 1.2: Stärkung von Ressourcen durch die Beraterperson (aus Biedermann, 1994, S. 23).



Merke

Psychosoziale Beratung und Psychotherapie bieten auf der Basis professioneller

Konzepte Hilfestellung bei der Lösung von Problemen, der Bewältigung von Krisen und dem Aufbau von Ressourcen. Die Psychotherapie als Teil des medizinischen Versorgungssystems geht dabei von einem Krankheitsmodell aus, richtet ihr Augenmerk eher auf innerpsychische Probleme (Ausnahme: Familietherapie) und zielt auf eine Änderung der Person und ihres Verhaltens. Die psychosoziale Beratung findet in vielfältigsten Tätigkeitsfeldern statt; sie betont mehr den lebensweltlichen Kontext, in dem die Konflikte entstehen. Im Gegensatz zur Psychotherapie hilft sie zusätzlich konkret durch Informationsvermittlung und ist damit direktiver. Beide Konzepte setzen den Veränderungswillen der Ratsuchenden voraus; Veränderungen können nur auf der Basis einer vertrauensvollen Beziehung stattfinden.

Online-Beratung/-Therapie

In den letzten Jahren ist ein breites Spektrum von internetbasierten Interventionen entstanden, die noch weiteren Aufschwung durch die Corona-Pandemie 2019–2021 erhalten haben. Bei der Online-Beratung/-Therapie werden Interventionen überwiegend über das Medium Internet vermittelt. Beraterperson und Klientin befinden sich nicht in einem Raum (face to face), sondern sind per E-Mail, SMS, Chat, Telefon oder Videoschaltung verbunden. Diese Art des Kontakts wird auch als E-Mental-Health bezeichnet. Online-Beratung ist ein weit verbreitetes, niederschwelliges und kostenloses Angebot der Wohlfahrtsverbände im psychosozialen Bereich. Neben der schon lange existierenden Telefonseelsorge sind z. B. Familien- und Eheberatungsstellen, Pro-Familia und die Erziehungsberatungsstellen zu nennen. Inzwischen ist auch die Telefonseelsorge um Mail- und Chat-Seelsorge erweitert worden.

Die internetbasierten Interventionen können nach Berger, Klein und Moritz (2017) nach verschiedenen Kriterien eingeteilt werden. So können Online-Formate nach dem Ausmaß des Kontakts zur Therapeutenperson unterschieden werden. Ungeleitete Selbsthilfegruppen und Apps ohne Kontakt zur Therapeutenperson stehen einer Internet-Beratung oder -Therapie mit regelmäßiger Therapeutenkontakt analog zu einer traditionellen Therapie gegenüber. Beratungsprozesse können auch danach unterschieden werden, ob sie textbasiert sind und zeitverzögert ablaufen (Mail-Therapie) oder als Chat-Therapie synchron ablaufen.

Die Online-Beratung bietet im Vergleich zur face to face-Beratung/Therapie sowohl Vor- als auch Nachteile. Ein wichtiger Unterschied der Online-Beratung zur face to face-Beratung ist die Anonymität. Das kann eine schnellere Offenlegung der eigenen Probleme bewirken und auch dabei helfen, stark tabuisierte Themen leichter anzusprechen. Weiterhin können die Anfragen und Problemschilderungen unabhängig von Öffnungszeiten erfolgen. Schüchterne Menschen mit sozialen Ängsten können Nähe und Distanz selbst steuern. Die Beratung ist unverbindlicher und kann schnell wieder abgebrochen werden. Eine face to face-Beratung/-Therapie kann aber auch in einen Online-Kontakt umgewandelt und dann als Blended-Format fortgeführt werden. Dies ist von großem Vorteil, z. B. im Fall einer Erkrankung der Klientin, einer Pandemie, wie sie etwa Corona dargestellt hat, und auch bei

Umzug der Klientin in eine andere Stadt. Die große Reichweite von Online-Beratung bedeutet auch eine leichte Verbreitbarkeit etwa von Selbsthilfe-Programmen. Das ist besonders für Menschen in dünn besiedelten, ländlichen Gebieten von Vorteil.

In Bezug auf Psychotherapien ist zu diskutieren, ob eine Begegnung von Mensch zu Mensch in einem solchen Kontext überhaupt möglich ist. Nicht nur in einer Chat-Beratung, auch in einer Video-Beratung fehlen mitunter nonverbale Signale wie Mimik, Gestik, Blickkontakt oder sind zeitverzögert zu sehen. Es kann leichter zu Missverständnissen in der Kommunikation kommen oder die Internetverbindung kann in einem wichtigen Gesprächsmoment abreißen. All dies sind mögliche Hindernisse für einen empathischen, therapeutischen Umgang.

Die Anwendung von Online-Therapien hängt wesentlich von dem jeweiligen therapeutischen Konzept ab. Bei therapeutischen Ansätzen, für die die therapeutische Beziehung der zentrale Wirkfaktor ist und für die die Suche nach den Ursachen der Störung Vorrang hat, ist diese Form der Therapie kritisch zu sehen. Dazu zählen die Psychoanalyse und die Klientenzentrierte Therapie. Für die Verhaltenstherapie, die mit zahlreichen Interventionen im Rahmen von Hausaufgaben arbeitet, stellt diese Form der Kommunikation kein Problem dar (Justen-Horsten, 2018). Viele Online-Interventionen basieren daher auf Methoden der Kognitiven Verhaltenstherapie und sind störungsspezifisch angelegt. Sie sind darauf ausgerichtet, Klientinnen mit Depressionen oder mit Angststörungen zu behandeln. Verhaltenstherapeuten zeigen sich auch zufriedener mit Video-Therapie als anders ausgerichtete Therapeutenpersonen, die diese Form der Therapie eher als Notlösung empfinden (Gumz et al., 2021; Beck-Hiestermann et al., 2021; Ahn & Scheidt, 2023).

Einige zentrale Probleme der Online-Beratung/Therapie sind noch nicht zufriedenstellend geklärt. So kann etwa die Vertraulichkeit der Daten durch unverschlüsselte Kommunikation über den privaten E-Mail-Account der Patientin gefährdet sein. Vertraulichkeit und Schweigepflicht gelten bei Online-Kontakten genauso wie bei face to face-Kontakten. Weiterhin ist es schwieriger, den äußeren Rahmen zu begrenzen. So können E-Mails noch spät abends gelesen und beantwortet werden. Vom Prinzip kann die Therapeutenperson 24 Stunden per E-Mail kontaktiert werden.

Die Wirksamkeit von Online-Therapie wurde in über 100 Studien wissenschaftlich nachgewiesen (Hedman et al., 2012). Meist wurden dabei jedoch Selbsthilfeprogramme mit konventionellen Therapien verglichen. Internetbasierte Interventionen, die Kontakt mit der Therapeutenperson beinhalten, haben sich in vielen Studien als wirksamer erwiesen als Selbsthilfeprogramme ohne Kontakt zur Therapeutenperson. Letztere weisen hohe Abbruchquoten auf (Berger et al., 2017).

1.2 Lässt sich das Psychotherapiekonzept auf das Beratungskonzept übertragen?

Achtung: Liebe Leserin und lieber Leser: Dieses Kapitel fällt Ihnen leichter nach dem Studium der vier Ansätze!

Wie dargestellt, sind die Gemeinsamkeiten zwischen Beratung und Psychotherapie groß und die Übergänge fließend. Besonders, wenn Beratung unter dem kurativen Aspekt stattfindet, sind die Unterschiede gering.

Familientherapie und Verhaltenstherapie

Weder in der Literatur zur Familientherapie noch zur Verhaltenstherapie lassen sich Hinweise auf eine differentielle Indikation bezüglich Beratung und Therapie finden. Borg-Laufs (2007, S. 636) etwa betont die Gemeinsamkeiten hinsichtlich Beziehungsgestaltung, Technik und Durchführung zwischen verhaltensorientierter Beratung und Therapie. Allerdings lehnt er – im Einklang mit zahlreichen anderen Autoren – die Definition von Beratung als »kleine Therapie« ab und beschreibt Beratung vielmehr als erheblich weitergehend, da sie den lebensweltlichen Kontext zusätzlich stärker einbezieht. Die Bedingungen in der Umwelt, welche die Verhaltensprobleme verursachen und aufrechterhalten, müssen zusätzlich zu den individuellen Problemen verändert werden. Dies geschieht durch verhaltenstherapeutische Methoden und sozialarbeiterische Interventionen.

Psychoanalyse

Beim psychoanalytischen Ansatz steht die Beziehung zwischen Beraterin und Klientin und die bewusste und unbewusste Wahrnehmung dieser Beziehung im Mittelpunkt. Die Beachtung dieser Beziehungserwartungen schließt nach Argelander (1985, S. 168) aber keineswegs die Hilfestellung bei schwierigen Lebenssituationen aus. Rauchfleisch bezeichnet diese gleichzeitige Berücksichtigung sowohl der inneren Dynamik als auch der sozialen Realität als »bifokales« Vorgehen (Rauchfleisch, 2004, S. 90). Genau wie in Psychotherapien entstehen auch in Beratungssituationen gefühlsmäßige Übertragungen auf die Beraterperson, die auf Konflikte mit frühen Bezugspersonen zurückzuführen sind und die mit der aktuellen Situation nur wenig zu tun haben. Die Beraterperson wird damit zu einer Projektionsfläche für Ängste, Wünsche und Konflikte, die frühen Bezugspersonen gelten. Bei der Beraterperson werden ebenfalls durch das Gegenüber Gefühle ausgelöst, was als Gegenübertragung bezeichnet wird (► Kap. 2.4.2, ► Kap. 2.4.4).

Warum ist die Beachtung dieser Übertragungsvorgänge und Gegenübertragungsvorgänge auch in einer Beratungssituation, die zeitlich befristet ist und oft nur der Informationserteilung dient, sinnvoll? Zunächst entlastet das Wissen um Übertragungsprozesse die Beraterperson, sie kann gelassener mit schwierigen In-

teraktionen in der Beratung umgehen (Rauchfleisch, 2006, S. 168). Viele Beziehungskonflikte zwischen Beraterperson und Klientin können als Ausdruck dieser Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse verstanden werden. Aufgrund des Verständnisses dieser Prozesse wird es möglich, mit Beziehungskonflikten konstruktiver umzugehen. Die Beachtung von Übertragungshänenomenen sollte in allen Beratungssituationen stattfinden, unabhängig vom theoretischen Modell. Ihre Beachtung kann Beratungsabbrüche verhindern, weil übertragungsbedingte Konflikte angesprochen und bearbeitet werden.

Klientenzentrierter Ansatz

Der klassische klientenzentrierte Ansatz macht ebenfalls keinen Unterschied zwischen Beratung und Psychotherapie. Es hätte Rogers Grundeinstellung widersprochen, zwischen beiden Bereichen zu unterscheiden. Er betont vielmehr, dass die von ihm entwickelten Merkmale eines hilfreichen Gesprächs eine geeignete und hilfreiche Kommunikationsform für alle Lebensbereiche seien. Allerdings haben vereinzelt Autoren/innen versucht, das klientenzentrierte Beziehungsangebot in Bezug auf Beratung zu differenzieren und zu modifizieren (Sander, 2007; Biermann-Ratjen et al., 2016). Nach dem klientenzentrierten Therapiekonzept bestehen Störungen des Individuums aus einer Inkongruenz (Unvereinbarkeit) zwischen zwei inneren Tendenzen (► Kap. 3.3.1). Laut Sander (2007, S. 336 ff) geht es bei der Beratung dagegen eher um eine erlebte Inkongruenz zwischen Anforderungen aus der Umwelt und dem Eigenerleben. Dies ist z. B. der Fall, wenn Lebensereignisse als belastend wahrgenommen werden und gleichzeitig die eigenen Bewältigungskapazitäten als gering eingeschätzt werden. Bei der Beratung spielt also die Bearbeitung des Selbst der Klientin eine geringere Rolle als bei der Psychotherapie. Die Gesprächsthemen der klientenzentrierten Beratung sind demzufolge eher an den Belastungen der Außenwelt und an der Entwicklung von Handlungskompetenzen orientiert als das bei der klientenzentrierten Psychotherapie der Fall ist. Biermann-Ratjen et al. (2016, S. 242 ff) gehen einen Schritt weiter, wenn sie sogar einen Widerspruch zwischen der Rolle der Sozialarbeiterin und der klientenzentrierten Haltung herausarbeiten: Der öffentliche Auftrag, den die Sozialarbeiterin hat (z. B. ein Kind aus der Familie zu nehmen), verlangt von ihr Beurteilung, Kontrolle und Verwaltung. Diese Aufgabe begrenzt und widerspricht den klientenzentrierten Möglichkeiten.

Ebenfalls kann der Wunsch einer Klientin nach Informationen (finanzielle Ansprüche, Umgangsrecht usw. im Scheidungsfall) eine klientenzentrierte Haltung, etwa als Widerspiegung der Gefühle, unangemessen erscheinen lassen: Die Klientin möchte Informationen haben und sich nicht mit ihren Gefühlen auseinandersetzen. Möglicherweise verbirgt sich aber hinter dem Wunsch nach Informationen der Wunsch nach Unterstützung und Hilfestellung bei der psychischen Verarbeitung der Krisensituation. Empathie würde also in diesem Fall nicht das Widerspiegeln von Gefühlen bedeuten, sondern das Verstehen, was die Klientin wirklich will und das darauffolgende Eingehen auf diesen Wunsch. Die Aufgabe der Beraterin ist es also, das Beziehungsangebot der Klientin wahrzunehmen. Darüber hinaus muss sie sich selbst und ihre eigenen Gefühle in Bezug auf die Klientin wahrnehmen. Über

diese Wahrnehmung der eigenen Gefühle erhält die Sozialarbeiterin Aufschluss darüber, was die Klientin will. Nur dann kann sie nach Bierman-Ratjen et al. (2003) angemessene Hilfsangebote finden. Nichts anderes meint die Psychoanalyse mit den Prozessen der Übertragung und Gegenübertragung.

Merke

Versuche, Psychotherapikonzepte auf Beratungsmodelle zuzuschneiden, finden sich in der Literatur nur spärlich. Insbesondere das in der Sozialarbeit verbreitete klientenzentrierte Konzept bedarf aufgrund des weiten Handlungsfeldes einiger Modifikationen. So kann eine Sozialarbeiterin einer Beratungsstelle, die bei Entscheidungskonflikten Hilfestellung gibt, eher non-direktiv vorgehen als die Kollegin vom Allgemeinen Sozialdienst, die u.U. Entscheidungen ohne Zustimmung der Klientin treffen muss. In letzterem Fall ist der für eine Beratung nötige Vertrauensaufbau sehr erschwert. Einsichtsorientierte Verfahren eignen sich dann nur bedingt, da die Sozialarbeiterin ihre non-direktive Haltung verlassen muss. Umso zentraler ist die Beachtung des Beziehungskontextes in jedem Beratungskontext. Hier greift das Beziehungsmodell der Übertragung und Gegenübertragung aus der Psychoanalyse, welches auch in der klientenzentrierten Literatur vorgeschlagen wird. Je eher die Beratung kurativen Charakter hat, desto eher kann die Beraterin Methoden aus der Psychotherapie anwenden, sei sie psychoanalytisch, klientenzentriert, familientherapeutisch oder verhaltensorientiert ausgerichtet. Je mehr jedoch die psychosoziale Tätigkeit auch typische sozialarbeiterische Aufgaben umfasst, wie Informationsvermittlung oder das Treffen von Entscheidungen gegen den Willen der Klientin, desto eher ergeben sich beraterische und therapeutische Begrenzungen.

1.3 Das Menschenbild in Psychotherapie und Beratung

Mit dem Begriff Menschenbild wird die Vorstellung, das Bild, das jemand vom Wesen des Menschen hat, bezeichnet. Es enthält das Selbstbild und das Bild von anderen Menschen und besteht aus Annahmen und Überzeugungen über den Menschen, die nicht nachgewiesen sind. Zuschreibungen von Eigenschaften und Ursachen von Eigenschaften spielen dabei eine wichtige Rolle. Damit lässt sich das Menschenbild als eine subjektive Theorie, eine Alltagstheorie oder auch als Weltanschauung bezeichnen.

Menschenbilder sind »persönliche Theorien« (Fahrenberg, 2008, S. 11, S. 305), die im Gegensatz zu wissenschaftlichen Theorien weniger differenziert und ausgearbeitet sind; es sind keine wissenschaftlichen Erkenntnisse, die empirisch geprüft sind.

Auch Forscher und Forscherinnen haben ein subjektives Bild vom Menschen. Meist bildet dieses die Grundlage für Persönlichkeitstheorien, die sich z. B. fragen: Welches ist die grundlegende Natur des Menschen? Ist er ein irrationales, von unbewussten Trieben gesteuertes Wesen oder ist er selbst bestimmt und rational? Hat die Vergangenheit einen wesentlichen Einfluss auf sein gegenwärtiges Handeln oder ist der Mensch ausgerichtet auf die Zukunft? Ist sein Verhalten von der Umwelt abhängig und steuerbar oder entscheidet er selbst aufgrund von inneren Prozessen?

Alle psychologischen Theorien über den Menschen gehen davon aus, dass es wichtige Faktoren in seiner Umgebung oder innerhalb seines Organismus gibt, die sein Verhalten bestimmen. Extrempositionen, die heute nicht mehr in ihrer Ausschließlichkeit vertreten werden, nehmen Freud und Skinner ein. Während Skinner den Menschen als passives Opfer der Umwelt ansah, beschäftigte sich Freud ausschließlich mit dem, was im Inneren einer Person vorgeht. Sicher kann man sagen, dass die hier vorgestellten Menschenbilder, welche die Grundlage für die jeweilige Persönlichkeitstheorie und das jeweilige psychotherapeutische Konzept bilden, nicht ausschließlich gesehen werden können; sie stellen vielmehr Mosaikteile eines Gesamtbildes der Persönlichkeit dar.

Man kann mit Pervin (2005, S. 490) übereinstimmen, dass wir alle Persönlichkeitsforscher und -forscherinnen sind: Menschen entwickeln Theorien über Menschen und ihr Verhalten. Diese Theorien sind implizit, d. h. wir machen sie uns nicht bewusst, wir reflektieren sie nicht, sie bestimmen aber unser Verhalten. Unser individuelles Menschenbild ist biographisch begründet. Es entstammt unserer eigenen Lebenserfahrung und beruht letztlich auf den Erfahrungen mit bedeutsamen Bezugspersonen. Diese Erfahrungen sind verantwortlich für unsere Meinung über den Menschen und diese Meinung beweisen wir uns täglich selbst, indem wir ausschnitthaft nur das wahrnehmen, was in dieses Bild passt. Auch das Menschenbild einer Beraterperson stammt aus ihrer individuellen Lebenserfahrung, vielleicht wird es ergänzt durch die Berufserfahrung.

Es ist nun die Aufgabe der psychotherapeutisch/beraterisch und auch pädagogisch Tätigen, sich ihr eigenes handlungsleitendes Menschenbild, das sie als etwas ganz Selbstverständliches ansieht, bewusst zu machen und zu reflektieren. Die Reflexion über das eigene Menschenbild ist deshalb unerlässlich, weil es das professionelle Handeln bestimmt: Bin ich überzeugt davon, dass der Mensch ohne Anleitung und Kontrolle nicht zurechtkommt, weil er sonst seinen negativen Impulsen nachgibt, oder glaube ich an die positiven Wachstumskräfte im Menschen? Ein solches Nachdenken über das eigene Menschenbild führt zur Auseinandersetzung mit der eigenen Biographie, was aus weiteren Gründen sinnvoll ist: Als Beraterperson kann ich anderen Menschen nur soweit helfen, wie ich selbst mit der Lösung entsprechender Probleme in meinem eigenen Leben gekommen bin. Deshalb enthalten alle Curricula beraterischer und psychotherapeutischer Ausbildungen so genannte Selbsterfahrungseinheiten, die diese Auseinandersetzung mit sich selbst, dem eigenen Menschenbild und dem Selbstverständnis als Beraterperson ermöglichen.