



# **Selbsthilfegruppen und Psychologen - Schwierigkeiten auf dem Wege zur Partnerschaft**

**Josef Schmitz**

**Beitrag zu:**  
**„Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert –  
Neue Ziele der Weltgesundheitsorganisation  
mit psychologischen Perspektiven erreichen“**

**herausgegeben von Maximilian Rieländer und Carola Brücher-Albers,  
Deutscher Psychologen Verlag, Bonn 1999**

Dieser Beitrag beruht auf einem Vortrag, der beim 3. Deutschen Psychologentag vom 14. – 17.09.1995 in Bremen unter dem Leitthema „Zukunftsperspektiven der Psychologischen Gesundheitsförderung als Berufsfeld“ gehalten wurde.

## **Gliederung**

<b>Vorbemerkung</b>	<b>2</b>
<b>1. Eine neue soziale Bewegung</b>	<b>2</b>
<b>2. Hypothesen zu den Hindernissen in der Zusammenarbeit</b>	<b>3</b>
2.1 Mangelnde Information	3
2.2 Bedrohung eigener professioneller Kompetenz und Konkurrenzängste	3
2.3 Selbsthilfegruppen als ‚Sekte‘? Abwehr des spirituellen Aspekts von Selbsthilfe	3
2.4 Unterschiedliche Paradigmen von Gesundheit und Heilung	4
<b>3. Chancen, Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit</b>	<b>5</b>
3.1 Wünschen sich Psychologen und Selbsthilfegruppen eine Kooperation?	5
3.2 Selbsthilfegruppen-Unterstützung – ein neues Berufsfeld für Psychologen?	6
3.3 „Gebrauchsanweisung“ für die Zusammenarbeit	6
3.4 Chancen der Kooperation für uns Psychologen	8
<b>Literatur</b>	<b>8</b>

## Vorbemerkung

Der im Kongreßprogramm vorgesehene Arbeitstitel für den Vortrag lautete: "Unterstützung von Selbsthilfegruppen". Beim Ausarbeiten des Vortrages wurde mir bewußt, daß ich mit professioneller Arroganz bereits definiert hatte, *wer* Hilfe braucht und *wer* der Helfer ist. Aber: Die Zusammenarbeit zwischen Profis und Selbsthilfegruppen braucht eine Vorstellung gleichberechtigter Zusammenarbeit, bei der beide Seiten etwas zu geben und zu nehmen haben.

Weiterhin: Die Beschreibung der Zusammenarbeit zwischen Psychologen und Selbsthilfegruppen wäre für einen Beitrag zu wenig, da sie nach meinen Erfahrungen kaum existiert, obwohl sich doch Anlässe und Ziele psychologischer Beratung und Therapie einerseits und Selbsthilfe andererseits meist überschneiden.

Daher frage ich zunächst: *Warum* findet wenig Zusammenarbeit zwischen Psychologen und Selbsthilfegruppen statt? Welche unterschiedlichen Merkmale von Selbsthilfegruppen und psychologischer Arbeit machen eine Zusammenarbeit zwischen beiden Bereichen trotz so vieler Schnittpunkte so schwierig? Anschließend gehe ich auf prinzipielle Möglichkeiten einer solchen Kooperation ein.

## 1. Eine neue soziale Bewegung

Seit Ende der 70er Jahre breitet sich mit der Selbsthilfegruppen-Bewegung eine neue soziale Bewegung in Deutschland aus. Es gibt keine verlässlichen Zahlen über den Umfang dieser Bewegung; da sich natürlicherweise nicht alle Gruppen „ordentlich“ registrieren lassen. Auch die Abgrenzung zwischen Selbsthilfegruppen, Selbsthilfe-Projekten und Selbsthilfe-Initiativen fällt oft schwer.

Ich beziehe mich hier auf Selbsthilfegruppen im engeren Sinne beziehen. Aus den Erfahrungen der Kontaktstellenarbeit lassen sich je nach Arbeitsweise und dem spezifischen Unterstützungsbedarf grob drei Gruppentypen unterscheiden: Anonymous-Gruppen, Regionalgruppen von Selbsthilfeorganisationen und Gesprächs-Selbsthilfegruppen (nähere Charakterisierung s. Matzat, 1995).

Schätzungen über ihre Anzahl belaufen sich auf **60.000 Gruppen** in der BRD. Im städtischen Bereich kommt durchschnittlich eine Gruppe auf 1000 Einwohner, im ländlichen auf 2000.

Durch Forschungsprojekte an den Universitäten Gießen (Michael L. Moeller) und Hamburg (Alf Trojan) Mitte der 70er Jahre entstanden erste Unterstützungsstellen für Selbsthilfegruppen, meist KISS = „Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen“ genannt. Mit einem exponentiellen Wachstumsschub breitete sich diese Infrastruktur zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen aus und umfaßt heute 250 Kontaktstellen in zahlreichen deutschen Städten.

In der Psychologenschaft hat es auf diese Entwicklung kaum eine hörbare Resonanz gegeben. Obwohl der Slogan „Hilfe zur Selbsthilfe“ im psychosozialen und sozialpolitischen Bereich weit verbreitet ist, oft auch schon zur Floskel verkommen, findet man bei niedergelassenen Psychotherapeuten meist eine vorsichtige Berührungsscheu gegenüber den Gruppen: Ausnahmen dazu sind Kollegen im Suchtbereich, einzelne Beratungsstellen und wenige psychosomatische Kliniken.

Dieser Eindruck vieler Kontaktstellen-KollegInnen bestätigte sich in einer Untersuchung über die Zusammenarbeit zwischen Professionellen und Selbsthilfegruppen in den neuen Bundesländern: die Psychologen sind zahlenmäßig wenig vertreten (Kammerer & Kuckartz, 1994).

Die Ärzteschaft hat die Psychologen überrundet und auf das Phänomen Selbsthilfe reagiert, indem sie 8 sogenannte KOSAS - "Kooperationsberatungsstellen für Selbsthilfegruppen und Ärzte" gegründet und bei den Kassenärztlichen Vereinigungen angesiedelt hat.

Daher will ich zunächst den Gründen nachgehen, die eine solche Zusammenarbeit auf breiter Ebene bisher erschweren, und erläutere Hypothesen zu Hindernissen einer Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeuten und Selbsthilfegruppen.

## **2. Hypothesen zu den Hindernissen in der Zusammenarbeit**

### **2.1 Mangelnde Information**

Vielen Klinischen Psychologinnen und Psychologen mangelt es in Bezug auf Selbsthilfegruppen offensichtlich an Interesse und Informationen. Woher sollten sie etwas über Selbsthilfegruppen wissen, wenn Sie nicht gerade zufällig in Ihrem Berufsfeld oder durch eigene Betroffenheit damit konfrontiert wurden? „Selbsthilfe“ steht weder in den Lehrplänen der Universitäten noch der therapeutischen Weiterbildungsinstitutionen. (Eine lobenswerte Ausnahme stellt hier die neue Fortbildung „Psychologische Gesundheitsförderung BDP“ dar; aber eine Fortbildung zur Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen fand bisher mangels Anmeldungen nicht statt.)

### **2.2 Bedrohung eigener professioneller Kompetenz und Konkurrenzängste**

Der Arzt hat es einfach: Wenn er zum Rezeptblock greift oder einen Patienten unter das Röntgengerät legt, wird ihm keine Selbsthilfegruppe seine alleinige Kompetenz streitig machen. Im Bereich somatischer chronischer Erkrankungen geht es bei der Selbsthilfe um psychische Krankheitsbewältigung und Aktivierung betroffener Personen und somit um eine komplementäre und deutlich abgrenzbare Funktion zu ärztlicher Behandlung. Die Abgrenzung zwischen Selbsthilfe und professioneller Kompetenz ist demgegenüber bei psychischen Problemen schwieriger.

Selbsthilfegruppen arbeiten mit ähnlichen Mitteln wie wir Psychologen, angefangen vom Gruppengespräch mit dem Blitzlicht zur augenblicklichen Befindlichkeit bis hin zu einem Selbsthilfeprogramm eines Konfrontationstrainings bei Agoraphobie. Wird die Anerkennung psychologisch professioneller Kompetenzen infrage gestellt, wenn sich Menschen in Selbsthilfegruppen mit nachgewiesener Wirksamkeit sich unterstützen?

### **2.3 Selbsthilfegruppen als ‚Sekte‘? Abwehr des spirituellen Aspekts von Selbsthilfe**

Wenn Psychologen in direkten Kontakt mit Selbsthilfegruppen kommen – und hier vor allem mit den Urgruppen der modernen Selbsthilfebewegung, nämlich den Anonymous-Gruppen –, kann die Verunsicherung etwas tiefer gehen. Zur Erinnerung: Am Beginn der modernen Selbsthilfebewegung stand ausgerechnet die Hilfslosigkeit eines berühmten professionellen Psychotherapeuten:

Ein amerikanischer Alkoholiker aus wohlhabender Familie, der zu Beginn der 30er Jahre nach einem Rückfall bereits zum zweiten Mal nach Zürich reiste, um sich von C. G. Jung behandeln zu lassen, hörte er als bitteres Resultat am Ende der Behandlungsversuche vom Therapeuten, daß er ihm nicht mehr weiterhelfen könne; allenfalls eine spirituelle Erfahrung könne ihn von seiner Abhängigkeit befreien. Er schloß sich daraufhin den „Oxford-Gruppen“ an, einer anglikanischen Erneuerungsbewegung. Er wurde tatsächlich „trocken“ und gab seine Erfahrungen weiter, unter anderem an den späteren Gründer der Anonymen Alkoholiker (AA). Erst in den 60er Jahren erfuhr Jung in einem Brief des AA-Begründers von seiner geistigen Patenschaft für das Heilungsprogramm. In seinem Antwortbrief prägte er das tiefsinnige Wortspiel, das seine Meinung zum Zusammenhang von Sucht und Spiritualität wiedergibt: „Spiritus contra spiritum“.

Diese Spiritualität, der Glaube an eine „höhere Macht“, ist zentraler Bestandteil des 12-Schritte-Programms der Anonymous-Gruppen. Am Beginn ihres Heilungsweges steht das Eingeständnis der eigenen Machtlosigkeit, nämlich des Versagens aller bisherigen Fremd- und Selbsthilfeversuche. Erst diese sogenannte „Kapitulation“ beendet nach Meinung der Anonymous-Gruppen die Wahnidee, das Suchtmittel kontrollieren zu können und die Versuche, sich selbst und seine Umwelt weiterhin zu manipulieren. Doch „eine Macht, größer als wir selbst“ könne ihnen die geistige Gesundheit wiedergeben.

Diese „höhere Macht“ wird auch „Gott – wie wir ihn verstanden“ genannt und von manchen mit dem Glauben an ein tragendes Ideal oder auch einfach an die Wirksamkeit der Gemeinschaft und der Solidarität in der Gruppe übersetzt. Eine profane Form dieses „Glaubens“ an die heilende Macht der Gruppe verbindet die gesamte Selbsthilfegruppen-Bewegung und drückt sich z.B. in dem Satz aus: „*Du allein schaffst es, aber du schaffst es nicht alleine.*“

Die Bedeutung der Frage nach Spiritualität und – weiter gefaßt – nach der Sinnhaftigkeit im Leben und damit auch der Sinnhaftigkeit von Erkrankungen und Lebenskrisen wurde von ‚aufgeklärten‘, wissenschaftlich orientierten Psychologen lange Zeit ausgeblendet.

Durch die Ergebnisse der Salutogeneseforschung wissen wir aber inzwischen, welche Bedeutung das Gefühl der Sinnhaftigkeit des persönlichen und überindividuellen Lebens nicht nur für unsere seelische, sondern auch für unsere körperliche Gesundheit besitzt (Antonovsky, 1988).

## 2.4 Unterschiedliche Paradigmen von Gesundheit und Heilung

Es gibt tendenziell unterschiedliche Konzepte von Gesundheit und Heilung im psychologisch-therapeutischen und im Selbsthilfebereich. (Die Formulierung der folgenden beiden Paradigmen stammt von Hans Lieb, auf die Bereiche Sucht und Psychosomatik bezogen: Lieb, 1990)

### Heilungsparadigma

Im verhaltensmedizinischen Ansatz ist ein **Heilungsparadigma** etabliert: Der Patient leidet an einem Symptom, z.B. Angst, Depression, Zwang, Selbstunsicherheit u.s.w.; der Experte übernimmt die Verantwortung, mit Hilfe ausgefeilter Techniken das Symptom zu kontrollieren und letztendlich zu beseitigen, sei es durch Fremdeinwirkung oder durch die Vermittlung von Selbstkontrolltechniken.

In diesem Paradigma wirken ein Glaube an die grundsätzliche Kontrollierbarkeit von Symptomen, an die Bedeutung therapeutischer Techniken und an vom Behandler unabhängige Techniken.

Die Verantwortung für die Heilung liegt primär in der kunstgerechten Anwendung von Behandlungstechniken durch den Experten.

Diese Anpassung an das naturwissenschaftliche Modell der Organmedizin ist auch aus dem Druck entstanden, die eigene spezifische Professionalität gegenüber den älteren und etablierteren medizinischen Disziplinen zu belegen und zu festigen.

### Integrationsparadigma

Das **Integrationsparadigma** läßt sich an der Beziehung des Betroffenen zu seiner Erkrankung oder seinem Symptom verdeutlichen: An die Stelle der Frage „Wie kann ich dich loswerden?“ tritt die Frage: „Wie kann ich mit dir leben?“ Es geht also nicht (mehr) um die Beseitigung eines Symptoms, sondern um seine Integration in das individuelle Leben des Betroffenen.

Einleuchtend ist dieses Paradigma bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Rheuma, Allergien u.s.w., weil es hier keine Heilung im klassischen Sinne gibt. Durchgesetzt hat es sich auch, besonders durch den Einfluß der Selbsthilfebewegung, im Suchtbereich: es geht beispielsweise nicht um die Heilung vom Alkoholismus in Form von kontrolliertem Trinken, also das Wiedergewinnen eines „gesunden“ Umgangs mit Alkohol, sondern darum, sein Leben an die Sucht anzupassen, d.h. dauerhaft abstinent zu bleiben. Das bedeutet zunächst, gerade die Illusion der Kontrolle über das Symptom aufzugeben und die Tatsache einzugestehen, daß man abhängig ist und bleibt.

Im Gegensatz zum Heilungsparadigma müßte der Experte den Wunsch des Patienten, mit seiner professionellen Hilfe oder mit Hilfe von Techniken die Kontrolle über seine Abhängigkeit zu gewinnen, zurückweisen.

Dieses Integrationsparadigma blieb nicht auf den Bereich chronischer Erkrankungen und stofflicher Süchte begrenzt, sondern wurde von Anonymous-Gruppen auf den gesamten Bereich psychischer Probleme ausgedehnt: in den USA gibt es bereits 60 - 70 verschiedene Anonymous-Gruppen, als Beispiel seien hier nur die EA, die „Emotions Anonymous“ (für Menschen mit seelischen Problemen) und die OA, die „Overeater Anonymous“ (für Menschen mit Eßstörungen) genannt.

Aber auch in den seit den 80er Jahren sich ausbreitenden Gesprächs-Selbsthilfegruppen steht nicht die Symptombeseitigung an erster Stelle, sondern das offene Bekenntnis zum Problem, das Beenden des verschämten Versteckspiels, die Entpathologisierung und die persönliche Wiederaneignung des bislang als „Symptom“ abgespalteten Persönlichkeitsanteils – durch die Erfahrung, daß es anderen Menschen ähnlich geht und man nicht alleine so „komisch“, „krank“, „panisch“ oder „verrückt“ ist.

Im Stehenbleiben bei dieser Haltung und ihrer Verabsolutierung mag sich in Einzelfällen vielleicht auch die Gefahr von Vermeidungshaltungen und unproduktivem Klagemauer-Verhalten verbergen. Doch soll es an dieser Stelle nicht um eine abstrakte Wertung dieser beiden Paradigmen gehen.

Die Ähnlichkeit in der Hilfevorstellung hat wohl die bewährte Zusammenarbeit zwischen Suchttherapie und Selbsthilfe gefördert, so wie die Unterschiedlichkeit in der Hilfevorstellung in den anderen Bereichen die Zusammenarbeit erschwert.

Für diese beiden Paradigmen werden gegenseitige Berührungsängste weniger, es vermehrt sich in bestimmten Bereichen friedliche Koexistenz. Ein Beispiel: eine Marburger Behandlungseinrichtung, die sich mit der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Panikstörungen einen Namen gemacht hat und hohe statistische Heilungserfolge meldet, fungiert gleichzeitig als Ansprechpartner für eine Gesprächs-Selbsthilfegruppe für Menschen mit Angststörungen.

### **3. Chancen, Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit**

#### **3.1 Wünschen sich Psychologen und Selbsthilfegruppen eine Kooperation?**

Fachleute für Gesundheitsförderung befürworten die Selbsthilfebewegung: die gesundheitsfördernde Wirkung der Aktivierung eigener Fähigkeiten, den Austausch miteinander und die sozialen Kontakte. Die Erfahrung, anderen helfen zu können, wirkt sich wiederum wohltuend und heilsam auf den Helfer selbst aus.

Ist die Förderung von Selbsthilfegruppen eine Aufgabe für uns Psychologen – trotz der genannten Schwierigkeiten für eine Zusammenarbeit?

Selbsthilfe entsteht nicht ‚von selbst‘, sondern kann und sollte gefördert werden kann – mit der angemessenen Grundhaltung.

Wie stehen die Selbsthilfegruppen zu einer engeren Kooperation? Bei einer Befragung von 720 Selbsthilfegruppen in der BRD aus dem gesamten gesundheitsbezogenen Bereich (Braun & Opielka, 1990, S. 89) im Rahmen des Kontaktstellen-Modellprogramms der Bundesregierung zeigte sich, daß immerhin 40% der Gruppen sich von Psychologen/Psychotherapeuten Unterstützung wünschen. Offen bleibt, was darunter verstanden wird. Bei der Bewertung der tatsächlichen Unterstützung sieht das anders aus: da rangieren wir Psychologen noch unterhalb der Gemeindeschwester und dem Pfarrer, (ganz zu schweigen von der AOK): nur 22% der befragten Gruppen schätzen die tatsächlich erhaltene Unterstützung als groß ein, 58% als gering.

Die Gruppen sind offener für eine Kooperation als diejenigen Profis, die sie vor Manipulation schützen wollen.

### 3.2 Selbsthilfegruppen-Unterstützung – ein neues Berufsfeld für Psychologen?

Wird sich im Selbsthilfebereich ein neues Berufsfeld für Psychologen ergeben? Im Vordergrund bietet sich dazu das Arbeitsfeld der Kontakt- und Informationsstellen an. Hier ist psychologisches Fachwissen sehr wertvoll, z.B.

- in Ambivalenzgesprächen mit Selbsthilfegruppeninteressenten zur Frage, ob es wirklich um Selbsthilfe oder eine andere Form der Unterstützung geht,
- in der Moderation eines ersten Gruppentreffens oder eines Selbsthilfegruppe-Gesamttreffens,
- bei der anfänglichen Gruppenbegleitung,
- in der Beratung bei Gruppenproblemen.

Stets geht es um Fragen der Gestaltung von Kommunikationsprozessen in der Gruppe, also um psychologisches Fachwissen.

In den Kontakt- und Informationsstellen sind nur wenige Psychologen tätig. Ein Grund ist u.a. die Gehaltshöhe/Dotierung dieser Stellen ab BAT IV abwärts, was durch die Struktur der Trägerorganisationen und die ungesicherte oder knappe Finanzlage der meisten Kontaktstellen und durch ihre Entstehungsgeschichte bedingt ist.

Erst in den letzten Jahren wird seitens der „Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen“ die Diskussion um ein einheitlicheres Tätigkeitsprofil vorangetrieben (dazu s. Thiel, 1991; Schmitz, 1991).

Die Vorstellung, daß Kontaktstellen-MitarbeiterInnen zumindest einen Teil der Kosten durch professionelle Dienstleistungsangebote (z.B. Recherchen, Vernetzung professioneller Leistungen und aktiver Gruppen, Evaluation - gedacht als Brückenschlag zwischen Sozialleistungsträgern / Kommunen und dem Selbsthilfebereich) hereinwirtschaften könnten, setzt eine höhere professionelle Kompetenz voraus (von Ferber, 1994).

Vorläufig bleibt als enttäuschendes Resümee: ein neues Berufsfeld für Psychologen ist leider nicht in Sicht.

### 3.3 „Gebrauchsanweisung“ für die Zusammenarbeit

Doch angenommen, Sie haben schon Ihr Berufsfeld, arbeiten in freier Praxis oder in einer Institution und wollen die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen beginnen oder intensivieren: was ist dabei zu beachten?

Für eine Partnerschaft ist es zunächst wichtig, sich wechselseitig näher kennenzulernen. **Informieren Sie sich über Selbsthilfe**, z.B. in den Infoschriften der NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, Albrecht-Achilles-Str. 65, 10709 Berlin, Tel. 030 - 891 40 19). Neben allgemeinen Informationsschriften können Sie dort als wertvolle Hilfe für Ihre Arbeit ein Verzeichnis aller regionalen Selbsthilfegruppen-Unterstützungsstellen („Rote Adressen“) sowie eine „grüne Liste“ der bundesweiten Selbsthilfevereinigungen und relevanten Institutionen anfordern.

**Lernen Sie als nächstes die Selbsthilfelandchaft vor Ort kennen**, indem Sie die zuständige Kontaktstelle besuchen und nach Gruppen fragen, die für Ihren Arbeitsbereich relevant sind. Sie erfahren dort auch, ob und wie Sie direkten Kontakt zu den Ansprechpartnern der Gruppen aufnehmen können.

Vielleicht freuen sich Kontaktstellen-Mitarbeiter auf aufgeschlossene Psychologinnen und Psychologen, die nicht auf "Klientenfang" aus sind, sondern sich für echte Zusammenarbeit interessieren; denn zunehmend werden Kontaktstellen als "Clearing-Stellen" für die psychosoziale Versorgung genutzt.

Zeitweise erkundigen sich Menschen in Kontaktstellen nach einer Selbsthilfegruppe, sind aber eigentlich auf der Suche nach einem Therapieplatz und haben vor dem Dschungel unterschiedlicher Therapieformen, zahlreicher Anbieter und den Hürden der Kostenträger kapituliert.

Zu einer guten Partnerschaft gehören Respekt und Achtung vor der Autonomie des andern. Das bedeutet hier: Sie sind nicht für die Arbeit innerhalb der Selbsthilfegruppen verantwortlich, auch wenn Klienten von Ihnen dorthin gegangen sind oder von Ihnen dorthin verwiesen wurden. **Respektieren Sie die Autonomie der Gruppen**, stellen sie aber ihr psychologisches Wissen zur Verfügung, wenn es angefragt wird, jedoch immer so, daß die Gruppe in ihrer eigenständigen Arbeit ermutigt wird, statt versucht zu werden, die Selbsthilfearbeit in eine Gruppentherapie unter Ihrer Leitung umzufunktionieren.

**Weisen Sie Ihre Klienten auf Selbsthilfegruppen hin** und demonstrieren Sie so Ihre positive Einstellung zu Selbsthilfegruppen (sofern vorhanden). Geben Sie Ihre eigenen Informationen weiter oder geben Sie die Telefonnummer der nächsten Kontaktstelle weiter.

Die **Beziehung zwischen Selbsthilfe und Therapie** kann sich im Einzelfall sehr unterschiedlich gestalten. So kann die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe zum Beispiel den Beginn einer notwendigen Therapie beschleunigen. Einzeltherapie und eine Selbsthilfegruppe können sich fruchtbar ergänzen, indem die Selbsthilfegruppe als soziales Lernfeld fungiert oder als Stelle für die Weitergabe von Erfahrungen und Hoffnungen anderer ähnlich Betroffener genutzt wird. Außerdem können Selbsthilfegruppen eine wichtige Funktion als Nachsorge erfüllen, jeweils vorausgesetzt, daß entsprechende Gruppen vor Ort existieren.

Probleme sehe ich nur dann, wenn die Teilnahme nicht mit dem Therapeuten abgesprochen und sie aus einer heimlichen Kritik der Therapie gegenüber resultiert. Aber dann war ja schon vorher in der Therapie der Wurm drin.

Selbsthilfegruppe und Gruppentherapie zur gleichen Zeit vertragen sich sicher auch nicht.

Zum Thema Konkurrenz: In der Psychotherapie einerseits und bei vielen Selbsthilfegruppen andererseits beschäftigen sich oft ähnliche Menschen mit ähnlichen Problemen. Dennoch ist das Setting und im Zusammenhang damit die Methode völlig anders, ob es sich um eine Einzelbehandlung oder eine Gruppe handelt und ob eine Gruppe eine Leitung hat oder sich selber organisiert. (Man merkt das u.a. daran, daß es kaum je einer Gruppe gelingt, nach einer geleiteten Phase „in Selbsthilfe“ weiter zu machen.) Das, was man hier und dort lernen kann, überschneidet sich nur zum Teil. Der ideologisch gefärbte Idealismus der 70er Jahre, daß alles auch in Selbsthilfe geht, ist überholt; umgekehrt kann eine geleitete Gruppe nicht die gleichen Effekte haben wie eine Selbsthilfegruppe. Und zu einem Menschen paßt diese Methode besser, zum einem anderen oder zu einem anderen Zeitpunkt eine andere.

Nach Schätzungen nehmen nur 2 - 5% Prozent der Betroffenen eines Problembereichs Selbsthilfe für sich in Anspruch. Insoweit ist numerisch die Gefahr der Konkurrenz wesentlich geringer als die Chancen durch Ergänzung und Kooperation. Wenn Selbsthilfegruppen in bestimmten Bereichen Effekte hervorbringen, die denen professioneller therapeutischer Hilfe vergleichbar sind, verbietet unser eigenes Berufsethos eine Konkurrenzhaltung verbieten.

**Für wen ist denn nun was geeigneter?** Überlassen Sie dabei ruhig die Entscheidung darüber den Ratsuchenden im Sinne einer Selbstindikation, zu der Sie aber wertvolle Hilfestellung geben können, indem Sie möglichst neutral dabei helfen, die individuellen Erwartungen und Wünsche zu formulieren.

Es gibt auch wichtige **Möglichkeiten der organisatorischen Unterstützung**: Stellen Sie Selbsthilfegruppen, wenn Sie können, unbürokratisch einen Raum für ihre Treffen zur Verfügung; ein neutraler Treffpunkt ist für viele Gruppen die zentrale Arbeitsvoraussetzung.

Seien Sie ruhig neugierig auf diesen bunten und lebendigen Bereich. Schaffen Sie auf Ihre Art in Ihrer Umgebung ein **selbsthilfefreundliches Klima**.

Doch beachten Sie zugleich, daß Selbsthilfegruppen kein Auffangbecken für die Patienten oder Ratsuchenden sind, mit denen Sie nicht weiterkommen oder die Sie nicht mögen. Selbsthilfegruppen haben keinen Versorgungsauftrag! Machen Sie sich klar, daß die psychischen und kommunikativen Kompetenzen für eine Selbsthilfegruppe höher anzusiedeln sind als die für eine Therapie!

### 3.4 Chancen der Kooperation für uns Psychologen

Die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen bietet zwar keine beeindruckende ökonomische Perspektive, aber sie kann ein wirksames Antibiotikum gegen typische Berufskrankheiten sein wie das Gefühl der Unentbehrlichkeit oder die Größenphantasie, aus eigener Macht heilen zu können; Sie kann theoretische Einseitigkeiten und Ideologien korrigieren und der Pathologisierung von menschlichem Leiden entgegenwirken.

Sie öffnet immer wieder den Blick für die Kompetenzen und Ressourcen des einzelnen und der Gruppe, die trotz seelischer oder körperlicher Erkrankungen bestehen oder sich gerade in der Auseinandersetzung mit ihnen gebildet haben.

#### Literaturangaben :

ANTONOVSKY, A. (1988). *Unraveling the mystery of health*. Jossey-Bass, San Francisco.

BRAUN, J. & OPIELKA, M. (1992). *Selbsthilfeförderung durch Selbsthilfekontaktstellen*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 14. Stuttgart: Kohlhammer.

KAMMERER, P. & KUCKARTZ, A. (1994). *Professionelle und Selbsthilfe*. ISAB-Schriftenreihe Nr. 35.

MATZAT, J. (1995). *Die Unterstützung von Selbsthilfegruppen - eine interdisziplinäre Aufgabe der Gesundheitsförderung*. In: Rieländer, M. u.a.(Hrsg.): *Psychologische Gesundheitsförderung als zukunftsorientiertes Berufsfeld*. Bonn: Deutscher Psychologen-Verlag.

LIEB, H. (1990). *Was ist Heilung: Zu den paradigmatischen Grundannahmen von Sucht und Psychosomatik*. *Praxis d. klin. Verhaltenmed. u. Psychosom.*, 10.

SCHMITZ, J. (1991). *Sich überflüssig machen. Anforderungen und Arbeitsprinzipien bei der Unterstützung von Selbsthilfegruppen*. In: K.Balke & W.Thiel (Hrsg.), *Jenseits des Helfens*, Lambertus-Verlag.

THIEL, W. (1991). *Ethik, Methode, Beruf. Die Gratwanderung professioneller Selbsthilfegruppenunterstützung*. In: K.Balke & W.Thiel (Hrsg.), *Jenseits des Helfens*, Lambertus-Verlag.

V. FERBER, C. (1994). *Die Krise als Chance nutzen. Zur Notwendigkeit einer eindeutigen Profilierung der Selbsthilfeunterstützung*. In: *Die Krise als Chance nutzen*. Tagungsdokumentation Bad Herrenalb 27.-29.6.94 der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.