

Beziehung als Hilfe und Lernfeld

Beratung in der Suchtkrankenhilfe

■ Rainer Ningel

The cooperating areas of prevention, institutionalised and community support and self-help build a complex and formalised support system when it comes to advice of addicts and drug users. In order to find appropriate answers in a permanently changing world advisory work in this field has to perform permanent adaptation and modification of the own work.

Les secteurs de la prévention, de l'accompagnement local et institutionnalisé et de l'entraide mutuelle, qui coopèrent, constituent un système d'accompagnement complexe et formalisé quand il s'agit de fournir du conseil aux toxicomanes et consommateurs de drogue. Afin de trouver les réponses appropriées dans un monde en évolution constante, le travail de conseil dans ce domaine doit pouvoir s'adapter et se modifier continuellement.

Prof. Dr. Rainer Ningel
unterrichtet Interventionslehre
in der Sozialen Arbeit an der
Fachhochschule Koblenz.
E-Mail ningel@fh-koblenz.de

In der Sucht- und Drogenberatung hat sich ein komplexes formelles Hilfesystem etabliert, das die kooperierenden Bereiche Prävention, ambulante und stationäre Hilfen und Selbsthilfeorganisationen umfasst. Um in einer sich verändernden Welt den jeweils aktuellen Aufgabenstellungen gerecht werden zu können, muss auch die Suchtberatung kontinuierlich Anpassungs- und Modifizierungsleistungen erbringen.

Jede Kultur und jede Zeit hat ihre Drogen, und in dem jeweiligen Suchtmittelkonsum spiegeln sich die gesellschaftlichen Werte und Anforderungen wider:

- In den 1950er Jahren litt die Bevölkerung der Bundesrepublik an den Folgen des Zweiten Weltkrieges. Den Abhängigen dieser Generation halfen insbesondere Alkoholkonsum und Morphingebrauch, die seelischen und körperlichen Schmerzen zu kompensieren.
- Die Flower-Power-Bewegung der 1960er Jahre mit ihrem Wunsch nach bewusstseinsweiternden psychedelischen Erfahrungen und dem Konsum entsprechender Stoffe passte zu der Tendenz der Bevölkerung, sich nach langen dumpfen Aufbaujahren nun auch etwas Spaß zu gönnen und sich auf die Suche nach neuen Erlebnissen zu machen.
- In den 1980er Jahren gab es die gesellschaftliche Tendenz nach Ruhe, Ausgeglichenheit und Stabilität; in der Parallelwelt der Drogenabhängigen waren zu dieser Zeit Cannabis und Heroin mit ihren Teilnahmslosigkeit fördernden und Geborgenheit vorgaukelnden Wirkungen die bevorzugten Suchtmittel.
- Und in unserer heutigen erfolgsorientierten Gesellschaft, in der Leistungskraft, Kreativität und Effizienz zum Maß aller Dinge wurden, schaffen es die jugendlichen Drogenkonsumenten mit dem Konsum von Kokain, Amphetaminen und Designerdrogen tagelang zu feiern, durchzutanzten und körperliche Erschöpfungssignale zu ignorieren.

Man könnte schlussfolgern: Jede Gesellschaft schafft sich die Drogenkultur, die sie verdient, und der Drogenkonsum ist auch Ausdruck eines Anpassungsverhaltens der Betroffenen. Das Bild des rebellierenden und sich gegen gesellschaftliche Normen auflehrenden Drogenkonsumenten stimmt also nicht. Die Erkenntnis ist deshalb wichtig, weil dieses tradierte Bild der Abhängigkeit ein eher konfrontierendes, sanktionierendes und (vielleicht gerade deshalb) nur mäßig erfolgreiches Repertoire an Hilfestellungen manifestierte. Ohne Berücksichtigung der Ambivalenzen der Betroffenen wurde deren uneingeschränktes Einverständnis mit dem Abstinenzparadigma eingefordert. Jedwedes Beharren auf alten Erklärungsmustern, jeder Rückfall in alte Verhaltensweisen wurden als fehlende Compliance der Abhängigen, nie als Versagen der Profession gewertet und führten nicht selten umgehend zum Abbruch der Beratung.

Ziele

Beratung als zeitgemäße Methode der Sozialen Arbeit berücksichtigt, dass alle Versuche scheitern, Menschen und die entsprechenden Systeme in eine nur einseitig erwünschte Entwicklung zu drängen. Es gilt also, den Klienten mit an Bord zu nehmen. Das haben Fachkräfte der Sozialen Arbeit auf vielfache Weise getan. Mittlerweile haben sich Vorstellungen von gestuften Hilfen durchgesetzt (siehe Schaubild Seite 98), die im Einzelfall gemeinsam definiert werden müssen (Kruse et al. 2000).

Die Veränderungsabsichten richteten sich anfangs, etwa in den psychosozialen Ansätzen, immer auf den einzelnen Abhängigen. Dessen Haltung sollte beeinflusst werden, damit er durch Abstinenz und adäquate Lebensführung seine individuellen Kräfte in ein ausgewogenes Verhältnis zu seiner sozialen Umgebung bringen konnte. Als Ergebnisse der Forschung

zum koabhängigen Verhalten zeigten, wie hoch der Anteil der Umwelt an der Entstehung und Aufrechterhaltung der Problematik ist, fokussierte man die Fähigkeit des Einzelnen, auf sein Bezugssystem einzuwirken und sich eine für ihn gesunde Umgebung zu schaffen.

Später wurden dann die Familien und direkten Bezugspersonen mit in die Bera-

tung einbezogen, was sich erst auf die Vermittlung von relevanten Informationen über die Suchterkrankung beschränkte, später zu einer konsequenten Einbindung dieses Personenkreises in die Beratung und Behandlung führte. Hatte man doch durch die soziale Netzwerkforschung die Überzeugung gewonnen, dass soziale Unterstützung eine zentrale Variable bei

der Bewältigung der Abhängigkeit sei, diese aber nur dann wirksam wird, wenn der durch die Abstinenz veränderte Lebensort gemeinsam und für beide befriedigend gestaltet wurde (siehe auch Ott 2002).

Eine durchaus positive Entwicklung, bei der aber eines immer konstant blieb und nie hinterfragt wurde: Die Verantwortung für die Entstehung und Bewältigung der problematischen Lebenssituation lag bei dem Abhängigen. Angehörige wurden zu Recht aufgefordert, stärker die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen, Grenzen zu setzen, als Basis für eine bessere Prognose den Leidensdruck des Suchtkranken aktiv zu erhöhen und sich insbesondere selber davor zu schützen, Mitopfer des Suchtkranken zu werden.

In der Alltagswelt der betroffenen Menschen nahm man wahr, dass Angehörige massiv und erfolgreich ihren Leidensdruck kommunizieren und damit auch den Abhängigen eindrucksvoll die Konsequenzen ihres Suchtverhaltens vor Augen führen konnten. Die Botschaft kam also an, führte zu Schuld- und Schamgefühlen bei den Abhängigen, setzte sie unter Druck und ließ sie schmerzhaft erkennen, welche »schlechte Menschen« sie seien und dass es nun wirklich höchste Zeit sei, etwas zu ändern.

Nur führte das in der Regel nicht zu einer Abstinenzentscheidung. Im Gegenteil, die Reaktion war oft erneuter und heftigerer Konsum von Suchtmitteln, wie es eigentlich auch zu erwarten gewesen wäre bei Menschen, die in schwierigen und abhängigsten Situationen nur noch Suchtmittel als Lösung kannten (Ningel 1991).

Genese

Mit den vielfältigen Erklärungsmodellen zur Suchtentstehung wurde versucht, diesen Widerspruch zu relativieren. Die soziologischen Modelle betonten die Wechselwirkung des Betroffenen mit der Gesellschaft. Und nachdem die Unterschiede zwischen Süchtigen und Nicht-Süchtigen deutlich genug hervorgehoben waren, war die Gesellschaft dann auch bereit, Verantwortung zu übernehmen und den »Gestrauchelten« wohlwollende Hilfe anzubieten. Ein großer Verdienst der medizinischen Ursachenforschung ist sicherlich, dass die Sucht, allen voran der Alkoholismus, als Krankheit und somit als behandlungswürdig und behand-

Hierarchie der Interventionsziele in der Suchtkrankenhilfe

Sicherung des Überlebens
Verhinderung von körperlichen Folgeschäden
Sicherung der sozialen Umgebung
Verhinderung sozialer Desintegration
Erreichen längerer Abstinenzphasen
Einsicht in die Grunderkrankung
Veränderungsbereitschaft
Behandlungsmotivation
Akzeptanz des Abstinenzziels
Individuelle Therapie

Quelle: Schwoon et al. (1997): Fachverband Drogen und Rauschmittel e. V.

Beratung in der Suchtkrankenhilfe: warum sie hilft und wie man sie plant

Beratung in der Suchtkrankenhilfe ist eine hochkomplexe Interventionsform. Sie unterstützt, begleitet und hilft den Betroffenen

- die eigene Lebenssituation einzuschätzen
- die Problemlage adäquat zu analysieren
- die Bedarfe und Bedürfnisse zu erkennen
- sich die eigenen persönlichen Ressourcen bewusst zu machen
- die zur Verfügung stehenden informellen und formellen Netzwerke zu erkennen
- neue Quellen sozialer Unterstützung zu schaffen und
- erworbene Fähigkeiten und Entscheidungen im Alltag umzusetzen.

Damit Beratung nicht willkürlich verläuft, muss sie professionell geplant und umgesetzt und reflektiert werden. Auf der Basis einer empathischen, vertrauensvollen, wertschätzenden und kongruenten Beziehung werden gemeinsam mit dem Klienten folgende Schritte durchgeführt:

- Erfassung der Lebenssituation in einer Problem-, Ressourcen- und Bedarfsanalyse
- Erstellung einer Diagnose
- Entwicklung von Zielen
- Vereinbarung von Kriterien für die Zielerreichung
- Planung des für die Zielerreichung benötigten Methodeneinsatzes
- Unterstützung, Begleitung, Reflexion und Moderation des Veränderungsprozesses
- Transfer der Ergebnisse in den Lebensalltag des Klienten
- Sicherung der Effekte und Nachhaltigkeit
- Evaluation des Prozesses und der Beziehung.

Die Umsetzung dieser Schritte hängt wesentlich von dem Vertrauen ab, das der Berater in seine eigene Methodik und in Kompetenzen des Klienten hat. Nur wenn er überzeugt davon ist, dass der Abhängige grundsätzlich die benötigten Ressourcen für eine Veränderung hat, kann er authentisch und konsequent auf dessen Stärken und Fähigkeiten bauen: »Problem talk creates problems, solution talk creates solutions«, stellte der Begründer des lösungsorientierten Ansatzes in der Psychotherapie, der US-amerikanische Psychotherapeut Steve de Shazer, fest.

Rainer Ningel

lungsbedürftig anerkannt wurde. Dem Abhängigen standen bald viele Hilfen zur Verfügung; die sozialpädagogische Beratung konnte nun wirkliche Angebote machen und Alternativen aufzeigen (Ningel 1991).

Unerwünschter Nebeneffekt dieser Krankheitsmodelle könnte die inflationäre Entstehung ungezählter Suchtformen sein, die alle Krankheitswert und Behandlungswürdigkeit einforderten: Anorexia nervosa (Magersucht), Adipositas (Fresssucht), Bulimia nervosa (Fress-Brechsucht), nicht-stoffgebundene Süchte wie Spielsucht, Arbeitssucht, Sportsucht, Ruhmsucht, Liebessucht, Sexsucht, Fahrradsucht etc. Ihnen allen ist gemeinsam, dass sie sich einer einfachen Beschreibung oder einer Erfassung durch Laborwerte entziehen. Die typischen Symptome oder die typische Befindlichkeit sind für den Einzelnen kaum zu erkennen, und so übernehmen die Fachprofessionen (allen voran die Medizin) die Aufdeckung der Krankheit und Bestimmung der Diagnose (Bartens 2003).

Und doch: Bei dem Betroffenen blieb das Gefühl, defizitär zu sein. Das Wissen darum, vermutlich Opfer einer irgendwie vererbten (wie genau vererbt wisse man noch nicht, werde man aber schon noch herausfinden) Krankheit zu sein, machte die Situation genauso wenig befriedigend wie die Botschaft, man solle sich doch nicht schämen, da man als Süchtiger doch krank sei und nicht schuldhaft gehandelt habe. Das Gefühl der Stigmatisierung blieb und ließ manchen auf dem langen Weg in die Abstinenz resignieren.

Einen Ausweg bot die systemische Beratung, die sich von dem reduktionistischen Paradigma verabschiedete und alles menschliche Verhalten, auch pathologisches (wie z. B. süchtiges), als aus der Perspektive des jeweiligen Bezugssystems sinnvolles Verhalten sieht. Der Suchtmittelkonsum dient als gezeigtes Verhalten der Systemstabilisierung und dem Systemerhalt. Die Moral verliert an Bedeutung und der Symptomträger (Stierlin 1978) wird entlastet, weil ihm nicht mehr die alleinige Verantwortung für die problematische Situation gegeben wird. Und das nicht um den Preis, dass nun ein anderer zum Schuldigen gemacht wird. Die Symptome sind Störungen in der Kommunikation, entstehen durch Interaktion, dienen der Beziehungsgestaltung, regulieren Nähe und Distanz und unterstützen Stre-

ben des Systems nach Homöostase. Der Suchtmittelgebrauch ist eine Verhaltensweise, wird nicht zur Eigenschaft (Löcherbach 1991, Ningel 1991). Die systemische Beratung bezieht sich auf Verbesserung der Kommunikation und Interaktion, wendet sich also an alle Teilnehmer des Systems. Sie ist vom Grundsatz her lösungs- und ressourcenorientiert, zeigt den Anfang eines Weges, vertraut auf Selbstheilungskräfte (Schlippe 2003).

Praxis

Solche Überlegungen wurden in die Beratungsangebote der Sozialen Arbeit gerne übernommen. Mit dem Wunsch nach Erlernen neuer, Handlungssicherheit gebender Techniken machte sich die Soziale Arbeit auf die Suche nach dem Erwerb neuer methodischer Kompetenzen und fand viele Anregungen in den unterschiedlichen therapeutischen Schulen. Deren Methoden konnten sinnvoll übertragen und arbeitsfeldspezifisch für die Soziale Arbeit weiterentwickelt werden, wobei die Grundmuster von Ganzheitlichkeit, Offenheit und Allzuständigkeit für die Soziale Arbeit immer noch konstitutiv blieben.

Aber mit den neuen Beratungstechniken wurden auch die ideologischen Streitigkeiten von einer zunehmend konkurrierenden Sozialen Arbeit übernommen. Wer hat das bessere Beratungsangebot? Diese Frage macht nur Sinn auf dem Hintergrund eines methodenorientierten Vorgehens. Der Klient hat die Störung zu haben, für die ich ausgebildet bin! Ich beherrsche eine Methode; das Problem muss dazu passen. Lange Zeit war das der Normalfall in der Beratung von Suchtkranken, weil der Evaluation der Beratung nur wenig Bedeutung zugemessen wurde. Das Problem wurde der Beratungsmethode angepasst, und man wunderte sich, dass trotzdem Erfolge zu verzeichnen waren. Eine Methode schien immer dann hilfreich zu sein, wenn der Klient ihr vertraute.

Deutlichere Vorstellungen hatte man hingegen von den Variablen, die Beratungs- und Behandlungserfolge verhindern oder zunichte machen: fehlende oder negative Unterstützung, destruktive Netzwerke, Perspektivlosigkeit, fehlende Bedürfnisbefriedigung, erlebte Hilflosigkeit, Selbstwertdefizite, fehlender Lebenssinn,

Angst und andere. Alles Faktoren, die in der Verantwortung des Klienten lagen.

In der Praxis unseres Suchtkrankenhilfesystems dominiert nach wie vor das klassische Krankheitsmodell. Die Sucht wird als chronische Erkrankung mit recht genau beschriebenen bio-psycho-sozialen Folgen und Symptomen erfasst. Das ermöglicht dem Abhängigen, der in vielen Fällen ratlos der eigenen Lebenssituation gegenübersteht, diese mit dem beschriebenen Krankheitsbild abzugleichen, eine Erklärung für die Problematik zu finden und im günstigen Fall eine Entscheidung für eine veränderte, abstinentere Lebensführung zu treffen.

Ressourcenorientierung

In den letzten Jahrzehnten gerieten, nicht zuletzt durch den Einfluss der systemischen Theorien, neben den erlebten Defiziten stärker auch die Ressourcen in den Fokus der Beratung. Eine ganzheitliche und salutogenetische Erfassung der Gesamtsituation zeigte den Effekt, dass die Stärkung der vorhandenen Ressourcen zu deutlichen Motivationsverbesserungen und zuversichtlichen Veränderungsbereitschaften führte als die ständigen Hinweise auf die Folgen einer misslungenen Defizitbewältigung oder die Anpreisung der Qualität einer besseren Lebensführung (Ningel & Funke 1995, Tress et al 2002).

In der ersten Phase des Hilfeprozesses, in der es um Assessment (Ressourcenanalyse), Wissenserwerb, Selbsteinschätzung, Problemakzeptanz und Motivationsbildung für die Inanspruchnahme geeigneter Unterstützung geht, spielt die professionelle sozialpädagogische Beratung des Klienten eine zentrale Rolle, weil sie sofort auf soziale Konflikte reagiert, diagnostische Zielsetzungen hat, dabei einen ganzheitlichen, somatischen, psychischen und sozialen Zusammenhänge berücksichtigenden Blick auf die Alltagswelt des Klienten hat und von Beginn an die Selbsthilfefähigkeit des Klienten mit einbezieht. Die Ergebnisse fließen in einen komplexen, differenzierten und für alle Beteiligten auch verbindlichen Hilfeplan ein.

In dieser Phase werden, gemeinsam und im Einvernehmen mit dem Betroffenen, die grundlegenden Voraussetzungen und Qualitäten für einen erfolgreichen Bewältigungsprozess gelegt: Bereitschaft

zur aktiven Beteiligung, Veränderungsbereitschaft, Behandlungsmotivation, Compliance, Vertrauen in die Hilfsmaßnahmen, Entscheidung für defizit- oder ressourcenorientiertes Vorgehen, Kundenorientierung, Rolle des Klienten, Qualität der helfenden Beziehung etc. (Löcherbach & Ningel 2001).

Dass diese Beratungsaufgaben nur auf der Basis einer vertrauensvollen, auf Dauer angelegten professionellen Beziehung gelingen können ist unbestritten. Die Beratung in der Sozialen Arbeit geschieht in der Regel auf der Grundlage einer wertschätzenden, empathischen und kongruenten Beziehung. Sie zeichnet sich aber zusätzlich aus durch eine gewollte Instrumentalisierung der Beziehung (Weinberger 1998); die professionelle Beziehung wird zum Beratungsinstrument und zum Lernfeld des Suchtkranken.

Eine solche Beziehungsqualität ist angewiesen auf klare, gemeinsam kommunizierte und verabredete Rollendefinitionen, die konfrontierende Kommunikation nicht ausschließen. Es ist aber darauf zu achten, dass der Klient sich nicht aus Angst vor drohendem Beziehungsabbruch den Vorstellungen des Beraters unterordnet, wengleich aber auch von Beginn die Grenzen für die Belastbarkeit der Beziehung bestimmt sein müssen. Beratungen können auch scheitern; dies könnte der Fall sein, wenn der Klient sich an grundlegende Vereinbarungen nicht hält oder wenn der Berater feststellt, dass er zu einer konstruktiven Haltung dem Klienten gegenüber nicht mehr in der Lage ist. Hier wird klar: Der Suchtberater braucht neben vielen anderen fachlichen Fähigkeiten auch eine hohe personale und soziale Kompetenz.

Die Beratung bereitet den Klienten also für eine Behandlung vor und liefert Kriterien für die Auswahl geeigneter sich anschließender therapeutischer Methoden. Ziele dieser therapeutischen Behandlung wären etwa: die emotionale Akzeptanz der Suchterkrankung, Aufarbeitung der daraus resultierenden Folgen, Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, Auseinandersetzung mit suchtauslösenden und suchtaufrechterhaltenden Bedingungen der Abhängigkeit, Bewältigung systemischer Störungen, Erwerb sozialer Basiskompetenzen, Implementierung veränderter Kommunikationsmuster im Bezugssystem.

Der Transfer dieser durch therapeutische Behandlung erreichten Effekte in den

Lebensalltag des Klienten gehört dann wieder zur Aufgabenstellung der sich anschließenden begleitenden Beratung und Nachsorge mit den Zielen: Sicherung einer angemessenen (abstinenten) und Zufriedenheit vermittelnden Lebensführung, Schaffung einer Abstinenz erlaubenden und die Bedürfnisse aller Beteiligten berücksichtigenden Balance zwischen dem Klienten und seiner Lebenswelt, Erprobung und Einübung veränderter Verhaltensweisen, effektive Nutzung (gegebenfalls Schaffung) formeller und informeller Netzwerke (siehe auch Vogt & Schmid 2004).

Eine solche Systematik der Behandlung ist einerseits nicht zwingend, aber die Angebote im System unserer Suchtkrankenhilfe sind aufeinander bezogen, folgen einem Paradigma, bauen aufeinander auf und ergänzen sich bei der Verfolgung gemeinsamer Ziele (z. B. Abstinenz). Eine einseitige Veränderung der Beratung oder das Zugrundelegen vollkommen anderer Denk- oder Wertemodelle (z. B. die Zielsetzung eines kontrollierten Alkoholkonsums bei Alkoholikern) wäre grundsätz-

lich zwar möglich, würde aber ungeachtet aller fachlichen Begründung die Gefahr von Verunsicherungen und Irritationen bei den Klienten bergen, die ja gerade auf homogene, geradlinige und strukturierte Konzepte angewiesen sind.

Fazit

Die Suchtberatung hat die Aufgabe, ihre Hilfe zugänglich, transparent und überschaubar zu machen, sich in Ihren Konzepten theoretisch fundierter, zielführender, evidenzbasierter und personadäquater Methoden zu bedienen und dabei neueste Forschungserkenntnisse einzuarbeiten. Sie muss aber auch mit den bestehenden Interventions- und Hilfesystemen organisatorisch und inhaltlich kooperieren. Eine konsequente Evaluation der Beratungsprozesse kann Impulse liefern für eine kontinuierliche und qualitative Weiterentwicklung der Beratungskompetenzen, wobei darauf zu achten ist, dass nicht zu große Veränderungsschritte in die richtige Richtung gemacht werden. ♦

Literatur

- Bartens, W. (2003) Was hab ich bloß? München: Droemer.
- Fengler, J. (2002) Handbuch der Suchtbehandlung. Ecomed.
- Kruse, G., Körkel, J. & Schmalz, U. (2000), Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Ningel, R. (1991), Soziale Unterstützung und Alkoholabhängigkeit. Veränderung der Erwartung im Verlauf einer stationären Entwöhnungsbehandlung. Bad Tönissteiner Blätter 2/1991.
- Ningel, R. (1995), Soziale Unterstützung und Alkoholabhängigkeit. In: Ningel, R. & Funke, W. (Hg.), Soziale Netze in der Praxis. Göttingen: Hogrefe.
- Ningel, R. & Löcherbach, P. (2001), Case Management im multidisziplinären Team. Sozialmagazin 26. Jhg., Heft 2, 12–21.
- Ott, G. (2002), Familie. In: Fengler, J. (Hg.), Handbuch der Suchtbehandlung. Ecomed.
- Schlippe v., A. (2003), Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Stierlin, H. (1978), Delegation und Familie. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Tress, W., Franz, M., Reister, G., Ott, J. (2002), Salutogenese. In: Fengler, J. (Hg.), Handbuch der Suchtbehandlung, Landsberg/Lech: Ecomed.
- Vogt, I. & Schmid, M. (2004): Sucht- und Drogenberatung. In: Nestmann, F. et al (Hg.), Das Handbuch der Beratung. Ansätze, Methoden und Felder – Band 2. Tübingen, dgvt-Verlag.
- Weinberger, S. (1992), Klientenzentrierte Gesprächsführung. Eine Lern- und Praxisanleitung für helfende Berufe. Weinheim: Beltz.
- Empfohlene Literatur zur Vertiefung:
Jörg Fengler (Hg.): Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung – Therapie – Prävention. Verlag ecomed, Landsberg 2002. 632 Seiten. 42,- Euro. ISBN 978-3-609-51980-7.
- Frank Nestmann, Frank Engel, Ursel Sickendiek (Hg.): Das Handbuch der Beratung. Band 1: Disziplinen und Zugänge, Band 2: Ansätze, Methoden und Felder. dgvt-Verlag, Tübingen 2004. Zusammen 1.280 Seiten. 82,- Euro. ISBN 978-3-87159-050-4.