

Die Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen der Sozialen Arbeit und Angehörigen von psychisch erkrankten Menschen

Im Setting des gemeindepsychiatrischen Wohnheims



Bachelor-Arbeit der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

Verfasst von Michelle Sidler und Rahel Schäfer

August 2016

Bachelor-Arbeit
Sozialarbeit & Sozialpädagogik
VZ 2013 – 2016 & TZ 2012 - 2016

Michelle Sidler
Rahel Schäfer

**Die Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen der Sozialen Arbeit und
Angehörigen von psychisch erkrankten Menschen**

Im Setting des gemeindepsychiatrischen Wohnheims

Diese Bachelor-Arbeit wurde im August 2016 in 3 Exemplaren eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für Sozialarbeit bzw. Sozialpädagogik.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme der Autorinnen.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California
95105, USA.

Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten
Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder
angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber
unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt
aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,
mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers
dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

empfiehlt diese Bachelor-Arbeit

besonders zur Lektüre!

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches und sozialpädagogisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiter/innen bzw. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2016

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Die vorliegende Literatuarbeit befasst sich mit der Frage, wie Fachpersonen der Sozialen Arbeit die Zusammenarbeit mit Angehörigen von Menschen mit einer psychischen Erkrankung hilfreich gestalten können. Im Fokus liegt ein gemeindepsychiatrisches Wohnheim, in welchem Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen die eigentlichen Experten und Expertinnen des Verlaufs sind.

Bei einer psychischen Erkrankung eines Familienmitglieds sind die Angehörigen Mitbetroffene, da sie einerseits enormen Belastungen ausgesetzt sind und andererseits eine wichtige Ressource für die Gesundheit und die Lebensqualität aller Beteiligten darstellen. Aus diesem Grund ist es sinnvoll und notwendig, dass Fachpersonen der Sozialen Arbeit mit Angehörigen kooperieren.

Nebst vielen anderen Erkenntnissen und Schlussfolgerungen stehen für die Autorinnen drei Wesentliche im Zentrum. Erstens findet die hilfreiche Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen und den Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen durch strukturierte und methodisch orientierte Gespräche statt. Zweitens spielt die vertrauensvolle Beziehungsgestaltung die entscheidende Wirkgrösse, welche sich durch die Qualität auszeichnet. Drittens erachten die Autorinnen die empathische, akzeptierende und kongruente Grundhaltung als bedeutend für eine vertrauensvolle und hilfreiche Zusammenarbeit.

Das Potenzial ist aus Sicht der Autorenschaft jedoch noch nicht ausgeschöpft und es wäre wünschenswert, dass die Angehörigenarbeit immer zum sozialpädagogischen Alltag gehört und angehende Fachpersonen dementsprechend geschult und sensibilisiert werden.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der Schulleitung	I
Abstract	II
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VI
Abkürzungsverzeichnis	VI

1 Einleitung..... 1

1.1 Ausgangslage	1
1.2 Fragestellung	2
1.3 Ziel der Arbeit	2
1.4 Berufsrelevanz und Motivation	3
1.5 Aufbau der Arbeit	3

2 Theoretische Grundlagen 5

2.1 Psychische Erkrankung	5
2.1.1 Die Relation psychischer Gesundheit und Krankheit	5
2.1.2 Das Verständnis der Klassifikationssysteme.....	5
2.1.3 Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell.....	6
2.2 Angehörige	8
2.3 Die Soziale Arbeit in einem gemeindepsychiatrischen Wohnheim	8
2.4 Zusammenarbeit.....	10
2.5 Zwischenresümee	10

3 Die Bedeutung der Angehörigenarbeit 12

3.1 Rollen der Angehörigen.....	12
3.1.1 Rolle als Täterschaft.....	12
3.1.2 Rolle als Opfer	13
3.1.3 Rolle als Helfende	14
3.2 Belastungen der Angehörigen	14
3.2.1 Erlebte Belastungen im Familienalltag	14
3.2.2 Erlebte Belastungen in zusätzlichen Hilfsangeboten	15
3.3 Selbstfürsorge	16
3.4 Der Einbezug der Angehörigen	17
3.4.1 Gründe für die Notwendigkeit.....	18

3.4.2	Die Qualität der Beziehung	18
3.4.3	Umsetzung des Einbezugs	19
3.4.4	Herausforderungen	19
3.5	Zwischenresümee	20
4	Die Beziehungsgestaltung zwischen Angehörigen und Fachpersonen.....	21
4.1	Die professionelle Beziehung	21
4.2	Arbeitsprinzipien für die Gestaltung der Beziehung nach Schäfter	23
4.2.1	Die reflexive, kontextbezogene Zuwendung als erstes Arbeitsprinzip.....	23
4.2.2	Die selektive, persönliche Öffnung als zweites Arbeitsprinzip	24
4.2.3	Die Ressourcenorientierung als drittes Arbeitsprinzip	25
4.2.4	Die Kompetenzpräsentation als viertes Arbeitsprinzip	25
4.2.5	Die Wirkung der Arbeitsprinzipien	26
4.3	Die Haltungskompetenzen der Fachperson.....	27
4.3.1	Die Haltungskompetenzen nach Dahm und Kunstreich	27
4.3.2	Der Recovery-Ansatz.....	29
4.4	Die Beziehungsqualität als wichtiger Faktor für den Gesprächserfolg	30
4.4.1	Das wechselseitige Vertrauen als erstes Element	31
4.4.2	Das gegenseitige Verständnis als zweites Element.....	32
4.4.3	Die wechselseitige Wertschätzung als drittes Element.....	33
4.4.4	Die gemeinsame Hoffnung als viertes Element.....	35
4.5	Die Bedürfnis- und motivorientierte Beziehungsgestaltung	36
4.5.1	Das Konzept	36
4.5.2	Handlungsanweisungen für die vier Grundbedürfnisse nach Grawe .	37
4.6	Herausforderungen für die Fachpersonen	40
4.6.1	Das Spannungsfeld von Nähe und Distanz.....	40
4.6.2	Die Verhinderung von willkürlicher Machtausübung	41
4.6.3	Fehlende kognitive, soziale und institutionelle Schlüsselkompetenzen	41
4.6.4	Kritische Situationen im Team	42
4.7	Zwischenresümee	44
5	Die Gesprächsgestaltung zwischen Angehörigen und Fachpersonen.....	45
5.1	Das Angehörigengespräch	45

5.1.1	Das Informationsgespräch	45
5.1.2	Das Beratungsgespräch	46
5.1.3	Das Konfliktgespräch	46
5.1.4	Methoden und Konzepte für das Angehörigengespräch.....	47
5.2	Strukturbedingungen für Angehörigengespräche	48
5.3	Gesprächsverlauf und methodisches Vorgehen	49
5.3.1	Anfangsphase	49
5.3.2	Informationsphase.....	50
5.3.3	Argumentationsphase	52
5.3.4	Beschlussphase	53
5.3.5	Abschlussphase	53
5.4	Umgang mit Widerstand.....	54
5.5	Zwischenresümee	56
6	Erkenntnisse und Schlussfolgerungen.....	57
6.1	Zusammenfassung und zentrale Erkenntnisse	57
6.2	Schlussfolgerungen und Ausblick.....	59
7	Quellenverzeichnis.....	62

Abbildungsverzeichnis

Titelbild: Miteinander	
Abbildung 1: Entstehungsmodell psychischer Krisen	7
Abbildung 2: Allgemeines Gesprächsphasenkonzept.....	49

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Haltungskompetenzen.....	28
Tabelle 2: Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle	38
Tabelle 3: Bedürfnis nach Bindung	39
Tabelle 4: Bedürfnis nach positivem Selbstwert.....	39
Tabelle 5: Bedürfnis nach Wohlbefinden und angenehmen Erfahrungen	40

Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BApK	Bundesverband der Angehörigen Psychisch Kranker
BK	Berufskodex
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
ipw	Integrierte Psychiatrie Winterthur
NAP	Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Die gesamte Arbeit wurde von den Autorinnen gemeinsam verfasst.

1 Einleitung

In diesem Kapitel wird die Ausgangslage der vorliegenden Arbeit vorgestellt. Die daraus abgeleitete Fragestellung und das Ziel der Arbeit werden im Anschluss dargelegt. Die Relevanz für die Soziale Arbeit sowie die Motivation der Autorenschaft erfolgen daraufhin. Zum Schluss wird der Ablauf der Arbeit aufgezeigt.

1.1 Ausgangslage

Im Laufe eines Jahres leiden gemäss Studien von Hans-Ulrich Wittchen & Frank Jacobi (2005) mehr als 27% der Bevölkerung der EU-Staaten an einer psychischen Erkrankung (S.371/eigene Übersetzung). Die psychische Erkrankung beeinträchtigt laut dem Bundesamt für Gesundheit (BAG, 2015) den Alltag und kann sich auf emotionaler, kognitiver, interpersonaler, somatischer als auch auf verhaltensbezogener Ebene auswirken. Sie betrifft mehrere Lebensbereiche wie beispielsweise Familie, Beruf oder Freizeit und vermindert die Lebensqualität stark. Die Erkrankung kann eine grosse Belastung zur Folge haben, die nicht nur den Alltag der Betroffenen beeinträchtigt, sondern meist auch das ganze Umfeld betrifft. Demnach sind auch Angehörige von Menschen mit einer psychischen Erkrankung mitbetroffen (S.15). Angehörige werden durch die Erkrankung des betroffenen Familienmitglieds stark gefordert und stossen an ihre eigenen Grenzen. Die Erkrankung bringt Veränderungen in der Aufgaben- und Rollenverteilung, der Kommunikation als auch der finanziellen Situation mit sich (Nadine Bull & Christine Poppe, 2015, S.18).

Angehörige werden seit 1975 in der psychiatrischen Versorgungsstruktur verstärkt wahrgenommen und in den Behandlungsprozess miteinbezogen (Jens Clausen & Ilse Eichenbrenner, 2010, S.128). Die Literaturrecherche hat zudem ergeben, dass Familien und Partnerschaften die Aufgabe erfüllen, Bindungen aufzubauen und zu erleben (Kurt Hahlweg & Donald H. Baucom, 2008, S.2). Bindungen zu anderen Menschen sind eine wichtige Quelle für die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Lebensqualität (Bull & Poppe, 2015, S.16). Angehörige von psychisch erkrankten Menschen in die Begleitung miteinzubeziehen macht aus Sicht der Autorinnen deshalb Sinn. Nach Wolfgang Widulle stellt die Arbeit mit Angehörigen ein bedeutender Teil des sozialpädagogischen Auftrags dar (Wolfgang Widulle, 2005; zit. in Wolfgang Widulle, 2012, S.163). Die Herstellung und Förderung einer vertrauensvollen und hilfreichen Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen der Sozialen Arbeit und Angehörigen ist dabei das Ziel (Widulle, 2012, S.162).

1.2 Fragestellung

Aus dieser Ausgangslage ergibt sich folgende Fragestellung:

Wie kann die Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen der Sozialen Arbeit und Angehörigen von psychisch erkrankten Menschen im gemeindepsychiatrischen Wohnheim gestaltet werden?

Um diese Fragestellung zu beantworten, wird zuerst in das Thema eingeführt, indem die Bedeutung der Angehörigenarbeit dargelegt wird. Im Hauptteil wird im Anschluss die Beantwortung vorgenommen. Dazu werden verschiedene Methoden und Zugangsweisen der Sozialen Arbeit vorgestellt und in Bezug zum Thema gesetzt.

Die Fragen, wie diese Zusammenarbeit mit Kindern als Angehörige psychisch erkrankter Eltern stattfinden oder wenn Angehörige selbst eine psychische Erkrankung vorweisen würden, bleiben unberücksichtigt. Eine umfassende Behandlung dieser Themen würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen, da dazu eine eigene Arbeit verfasst werden könnte. Falls weitere Faktoren wie die oben Genannten eintreten, so werden zusätzliche Handlungsansätze benötigt, damit professionell gearbeitet werden kann, um den Betroffenen gerecht werden zu können. Die Autorinnen interessiert eine allgemeine Sichtweise auf die Zusammenarbeit mit Angehörigen. Aus diesem Grund haben sie sich auch nicht auf eine spezifische psychische Erkrankung festgelegt, sondern bearbeiten das Thema grundlegend.

1.3 Ziel der Arbeit

Das Hauptziel der Arbeit ist die Beantwortung der Fragestellung. Dabei soll aufgezeigt werden, was bei der Zusammenarbeit mit Angehörigen beachtet werden muss. Herausforderungen und die Art der Umsetzung dieser Zusammenarbeit werden dargelegt. Als Hintergrundwissen sind die Rollen der Angehörigen sowie die Tatsache, weshalb Angehörige in die Begleitung miteinbezogen werden, für die Fachpersonen grundlegend und wichtig.

Die vorliegende Bachelorarbeit richtet sich an Fachpersonen der Sozialen Arbeit, welche mit psychisch erkrankten Menschen arbeiten und im institutionellen Kontext den Auftrag haben, Angehörige in den Prozess miteinzubeziehen. Falls dieser Auftrag noch nicht besteht, so kann diese Arbeit Anregungen für die Weiterentwicklung bieten. Zudem werden interessierte Studierende, Dozierende und weitere Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich wie beispielsweise Psychiatrietätige angesprochen, welche sich mit dem Thema auseinandersetzen möchten.

1.4 Berufsrelevanz und Motivation

In gemeindepsychiatrischen Wohnheimen stellen Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen eine wichtige Berufsgruppe dar. Sie sind Anlaufstelle und Drehscheibe für Betroffene, Angehörige und Fachpersonen anderer Berufsgruppen und haben den Auftrag, sich für die Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit einer psychischen Erkrankung einzusetzen. Die Beratung, Begleitung, Unterstützung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung und ihrer nahen Bezugspersonen steht somit im Mittelpunkt ihrer Arbeit (Traversa, ohne Datum). Der Berufskodex (BK) der Sozialen Arbeit von Avenir Social (2010) unterstützt diese Aussage folgendermassen: „Soziale Arbeit hat Menschen zu begleiten, zu betreuen oder zu schützen und ihre Entwicklung zu fördern, zu sichern oder zu stabilisieren“ (BK 5.6, S.6).

In einem gemeindepsychiatrischen Wohnheim kommen Fachpersonen früher oder später mit den Angehörigen der Primärklientel in Kontakt, da die Angehörigen das primäre Bezugssystem der Klientel sind. Aus der Sicht der Autorinnen ist es deshalb zwingend notwendig, eine professionelle Herangehensweise zu entwickeln, damit die Angehörigen in den Prozess miteinbezogen werden. Diese Herangehensweise wird in dieser Arbeit thematisiert. Für die Verbesserung der Lebenssituation sieht die Autorenschaft die Notwendigkeit zusätzlich darin, die Lebenswelt – also auch die Angehörigen – in den Prozess mit einzubeziehen.

Während dem Studium an der Hochschule Luzern für Soziale Arbeit haben sich die Autorinnen mit verschiedenen Gesprächsführungstechniken auseinandergesetzt. Diese sind auf die Arbeit mit den Primärklientel ausgelegt. Wie sich hingegen die Arbeit mit Angehörigen gestaltet, war für sie neu. Mittels der Literaturrecherche merkten die Autorinnen immer mehr, dass sie sich für dieses „Wie“ interessieren. Die Wichtigkeit des Einbezugs von Angehörigen wird in der Literatur dargelegt. Wie diese Umsetzung in der Praxis jedoch konkret stattfinden soll, wurde nie genannt. Aus diesem Grund wollte die Autorenschaft sich verstärkt mit dem Praxistransfer, der diesen Teil der Literatur beschreibt, auseinandersetzen.

1.5 Aufbau der Arbeit

Die folgende Arbeit gliedert sich in zwei einführende Kapitel, zwei Hauptkapitel und einem Schlusskapitel. Im ersten Kapitel werden die theoretischen Grundlagen der folgenden Bezugspersonen erläutert: Menschen mit einer psychischen Erkrankung, deren Angehörigen und die Fachpersonen der Sozialen Arbeit. Zudem wird die Zusammenarbeit dieser drei Personengruppen nach dem Verständnis der Autorenschaft dargestellt. Im zweiten Kapitel werden die

Anforderungen und Belastungen für Angehörige beschrieben. Dies zum Zwecke der Würdigung der Rollen und Alltagssituationen der Angehörigen. Ausserdem wird ersichtlich, wie sich Angehörige selbst schützen können. Im Anschluss wird aufgezeigt, weshalb der Einbezug der Angehörigen einen so hohen Stellenwert hat. Ein Zwischenresümee soll das Erarbeitete nochmals kurz darstellen, bevor die Überleitung zum Hauptteil geschieht. Damit ist eine erste Basis für die weitere Arbeit gelegt.

Im Hauptteil steht die Bearbeitung der Fragestellung im Zentrum. Im vierten Kapitel werden Aspekte der professionellen Beziehungsgestaltung erläutert, welche die wichtigste Dimension für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Fachpersonen der Sozialen Arbeit, darstellt. Des Weiteren steht die Qualität der Beziehung im Fokus. Im Anschluss wird die Umsetzung der bedürfnis- und motivorientierten Beziehungsgestaltung ersichtlich. Herausforderungen für Fachpersonen runden daraufhin das erste Hauptkapitel ab. Nach einem kurzen Zwischenresümee werden die verschiedenen Arten des Angehörigengesprächs mit den jeweiligen Strukturbedingungen im fünften Kapitel vorgestellt. Das methodische Vorgehen des Gesprächsverlaufs wird nachfolgend anhand von fünf Phasen dargelegt. Dieses Hauptkapitel schliesst mit Aspekten zum Umgang der Fachpersonen mit Widerstand von Seiten der Klientel ab. Eine Fallvignette zieht sich durch den ganzen Hauptteil hindurch und soll die erarbeiteten Ergebnisse untermauern und den Bezug zur Praxis hervorheben. Diese ist jeweils in kursiver Schriftform dargestellt.

Im letzten Kapitel werden die Erkenntnisse herausgearbeitet, die zentralen Ergebnisse aufgezeigt und nochmals zusammengefasst. Die Arbeit wird mit Schlussfolgerungen für die Praxis beendet.

2 Theoretische Grundlagen

In diesem Kapitel werden entscheidende Begrifflichkeiten wie „Angehörige“ und „Zusammenarbeit“ definiert und Grundlagewissen über die „psychische Erkrankung“ und „die Soziale Arbeit in einem gemeindepsychiatrischen Wohnheim“ vermittelt. Das Kapitel bildet die Basis für die Bearbeitung der Thematik.

2.1 Psychische Erkrankung

2.1.1 Die Relation psychischer Gesundheit und Krankheit

Für die Definition von psychischer Erkrankung ist die Unterscheidung zur psychischen Gesundheit notwendig. Das Wohlbefinden, die Zufriedenheit, das Selbstbewusstsein, die Beziehungs- und Arbeitsfähigkeit sowie die Alltagsbewältigung sind grundlegende Aspekte der psychischen Gesundheit. Diese zeigen, dass psychische Gesundheit nicht nur als Abwesenheit einer psychischen Erkrankung definiert werden kann. Ein stabiles Selbstwertgefühl, eine gefestigte Rollenidentität als auch das Gefühl von Selbstwirksamkeit und Handlungskontrolle gehören zu einer psychisch gesunden Personen. Damit wird deutlich, dass psychische Gesundheit ein vielschichtiger Prozess ist, welcher durch individuelle, sozioökonomische, kulturelle und ökologische Faktoren beeinflusst wird (BAG, 2015, S.12).

Gemäss Daniela Schuler und Laila Burla (2012) bestehen verschiedene Modelle für die Relation von Gesundheit und Krankheit, wobei mehrheitlich vom bipolaren Konzept ausgegangen wird. Dieses besagt, dass Gesundheit und Krankheit in einem Kontinuum stehen, wobei die Möglichkeit besteht, sich auf die eine oder andere Seite zu bewegen. Das heisst, es besteht keine Absolutheit von Gesundheit oder Krankheit, sondern der Mensch ist immer mehr oder weniger gesund, beziehungsweise krank. Wo sich das Individuum auf diesem Kontinuum befindet, hängt vom kulturellen und sozialen Kontext als auch dem subjektiven Empfinden ab (S.7-8).

2.1.2 Das Verständnis der Klassifikationssysteme

Klassifikations- und Diagnosesysteme geben Kriterien vor, ab wann eine psychische Beeinträchtigung als Störung mit Krankheitswert bezeichnet wird (Schuler & Burla, S.7-8). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das Klassifikationssystem Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) durchliefen während der letzten Jahrzehnte einen Wandel im theoretischen Verständnis der Beziehung zwischen Krankheit und Gesundheit. Die Erweiterung des biomedizinisch ausgerichteten Krankheitsmodells durch die psychischen und sozialen Determinanten baute die

Verantwortlichkeiten anderer Fachdisziplinen aus. Das bio-psycho-soziale Verständnis des Klassifikationssystems ICD besagt, dass eine Beeinträchtigung der Gesundheit ein Problem des Individuums sei, welches medizinische Unterstützung benötigt. Hingegen versteht das bio-psycho-soziale Modell nach der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit als gesellschaftlich verursachtes Problem. So ist es Aufgabe der Gesellschaft, Menschen mit Gesundheitsproblemen die Teilnahme an allen Bereichen des sozialen Lebens zu ermöglichen, indem die Umwelt bewusst gestaltet wird (Olaf Kraus de Camargo & Liane Simon, 2013, S.7-8). ICF beschreibt die Folgen von Krankheiten auf der Ebene der Körperfunktionen, der Körperstrukturen, der Aktivitäten und der Partizipation und ergänzt damit das ICD (Michael Seidel, 2013, S.9). Das ICD-10 verwendet den Begriff „Störung“, da sie den Gebrauch der Begriffe „Krankheit“ und „Erkrankung“ als problematisch erachtet (Horst Dilling, Werner Mombour & Martin H. Schmidt, 2015, S.26).

2.1.3 Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell berücksichtigt die Wechselwirkung von Umwelt und biologischen Faktoren (siehe Abbildung 1). Demnach besteht eine gewisse Vulnerabilität, also die Neigung an einer bestimmten Krankheit zu erkranken. Durch das Zusammenwirken mit Stressfaktoren wird eine kritische Grenze überschritten und es entsteht eine psychische Erkrankung. Dabei stehen nicht genügend Schutzfaktoren zur Verfügung. Die Erkenntnis, dass Krisen mithilfe von Bewältigungsstrategien oder Schutzfaktoren abgefangen werden können, erweiterte das Modell zum Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell. Die Ursachen für die erhöhte Vulnerabilität können biologisch oder psychosozial sein (Matthias Hammer & Irmgard Plössl, 2015, S.16). Schutzfaktoren wirken auf unterschiedlichste Weise auf die Gesundheit ein. Sie erleichtern die Bewältigung von Belastungen oder verhindern deren Entstehung. Ressourcen, also Schutzfaktoren wie auch Belastungen können den Ursprung in der Person oder dem Umfeld haben (BAG, 2015, S.14). Psychische Erkrankungen haben meist mehr als eine Ursache, sie sind also multifaktoriell und eine Folge komplexer Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren (Hammer & Plössl, 2015, S.14-15).

Die Stressbelastung ist einer der konkreten Auslöser einer akuten Erkrankungsepisode (Hammer & Plössl, 2015, S.18). Die Gesamtheit aufwühlender Lebensereignisse, ob positiver oder negativer Art, werden Stressoren genannt. Jede Person muss selbst herausfinden, wo ihr optimales Belastungsniveau liegt, damit sie nicht aus dem Gleichgewicht fällt. Dieses Gleichgewicht wird als ständigen Wechsel von Anspannung, Entspannung und Erholung gesehen. Werden die körperlichen und psychischen Signale, welche

durch die Stresssituation entstehen, ignoriert, so kann es zu Störungen kommen (S.19-20). Tage oder Wochen vor dem Ausbruch einer psychischen Erkrankung erleben die meisten Betroffenen Frühwarnzeichen. Der Zusammenhang zwischen Vulnerabilität, Stressbelastung und Frühwarnzeichen verdeutlicht die Wichtigkeit, die eigenen Frühwarnzeichen zu kennen, um adäquat handeln zu können (S.21-22). Es werden Therapie- und Rehabilitationsangebote und Bewältigungsversuche bedeutsam, um Selbsthilfestrategien zu erlangen, Krisen abzuwenden und die gesundheitliche Stabilität zu fördern (S.23-24). Die Folgen psychischer Krankheiten sind Stigmatisierungen, eine verminderte Lebensqualität sowie die Belastung von Angehörigen (BAG, 2015, S.18-19).

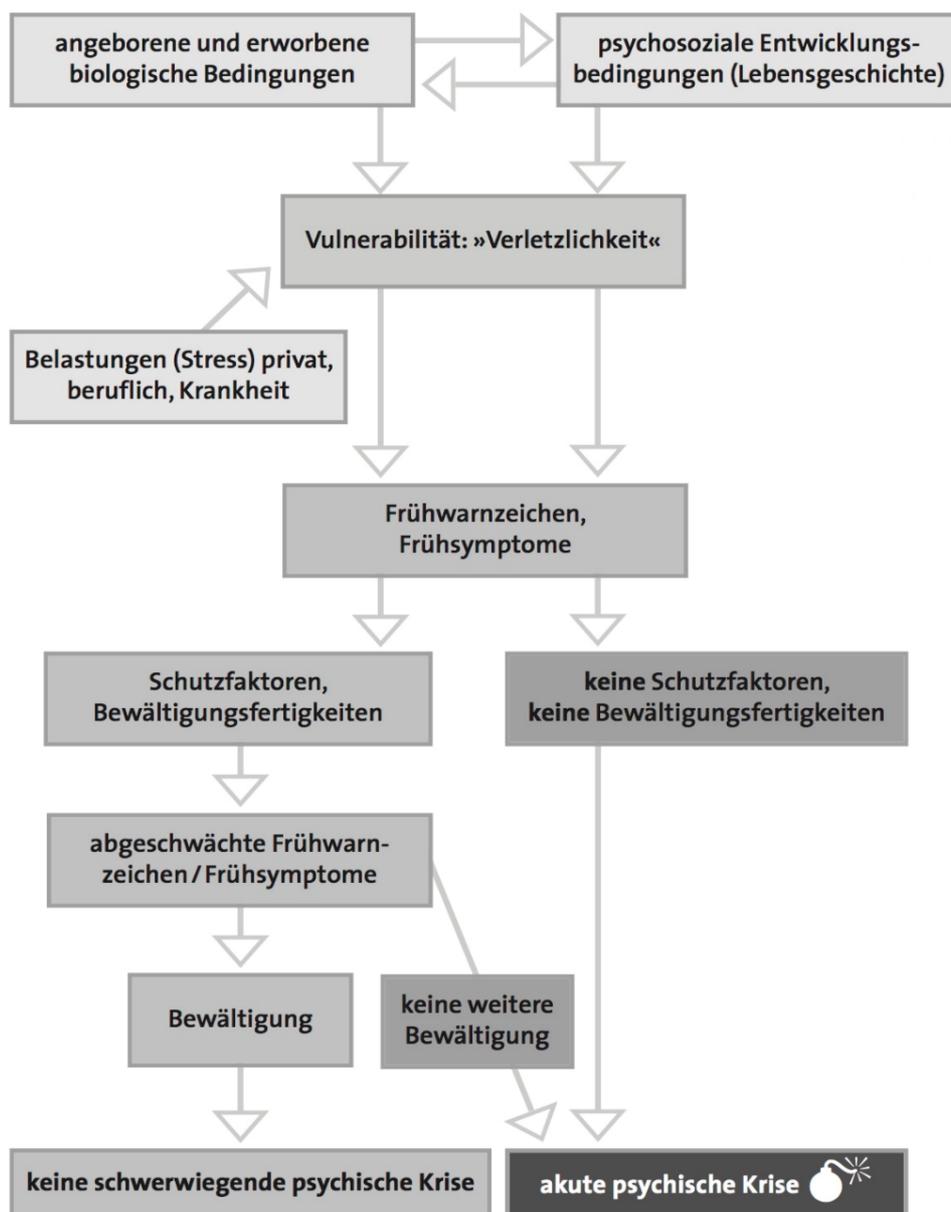


Abbildung 1: Entstehungsmodell psychischer Krisen (Quelle: Maren Jensen, Michael Sadre-Chirazi-Stark & Grit Hoffmann, 2010; zit. in Matthias Hammer & Irmgard Plössl, 2015, S.17)

In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff der psychischen Erkrankung verwendet, da dieser für die Autorenschaft weniger stigmatisierend und passender erscheint. Ausserdem sprechen sie von Menschen mit einer psychischen Erkrankung im Allgemeinen und unterscheiden nicht, welche Erkrankung vorliegt. Da die Trennung zwischen den Begriffen psychischer Gesundheit und Krankheit sehr unscharf ist, werden die Autorinnen von psychischer Erkrankung im Sinne von ICD-10 sprechen. Dieser theoretische Teil wurde so ausführlich präsentiert, damit die Komplexität der Thematik klarer wird.

2.2 Angehörige

Angehörige sind laut dem Verein Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie (NAP) Menschen, die in einer engen Beziehung zur erkrankten Person stehen (NAP, 2011). Der Begriff umfasst - neben Verwandten wie Eltern oder Kindern - auch Ehe- oder LebenspartnerInnen, Freunde, und Bekannte aus dem Umfeld einer Person (Wegweiser für psychische Gesundheit im Kanton Bern, 2016). Die Integrierte Psychiatrie Winterthur (ipw) definiert Angehörige weiter als Menschen, zu denen die Klientel eine emotionale Beziehung pflegt und ein Vertrauensverhältnis besteht. Die emotionale Qualität der Beziehung und nicht die juristische Relevanz ist dementsprechend im Vordergrund (ipw, 2016).

Die Autorinnen verstehen Angehörige als Menschen, die der erkrankten Person besonders nahe stehen. Damit meinen sie das engste Familiensystem mit dem Partner oder der Partnerin, den Eltern, Geschwister und den Kindern. Im Setting des gemeindepsychiatrischen Wohnheims sehen sie die Betroffenen einer psychischen Erkrankung als Primärklientel. Angehörige haben in der Zusammenarbeit aber als Sekundärklientel eine Bedeutung und werden deshalb in der vorliegenden Arbeit ebenfalls als die Klientel bezeichnet.

2.3 Die Soziale Arbeit in einem gemeindepsychiatrischen Wohnheim

Erste eigenständige psychiatrische Einrichtungen entstanden im Verlaufe der Industrialisierung um die Jahrhundertwende des 18. und 19. Jahrhunderts. „Irre“ wurden damals in die neu errichteten „Irrenanstalten“ untergebracht (Marianne Bosshard, Ursula Ebert & Horst Lazarus, 2013, S.29-30). Seither hat sich die Psychiatrie stark gewandelt. Zwischen 1950 und 1960 gab es in verschiedenen europäischen Ländern Versorgungsreformen. Dafür verantwortlich waren Missstände in der damaligen stationären Psychiatrie, die wachsende Bedeutung der Rehabilitation und die Entdeckung von Neuroleptika (Sabrina Effinghausen, 2014, S.23). Durch die 1975 in Deutschland veröffentlichte Psychiatrie-Enquête, einem Bericht zur Lage der Psychiatrie, wurde deutlich, dass eine Veränderung im Bereich der Unterbringung dringend notwendig war (Wiltrud Dümmler &

Winfried Sennekamp, 2013, S.43). In vielen Ländern - so auch der Schweiz - kam es zu einem Wandel in der psychiatrischen Versorgungslandschaft (Hans Christian Kuhl, 2008, S.13). Es wurde nicht nur die Beseitigung der Missstände gefordert, sondern auch die grundsätzliche Neuordnung der Unterstützung psychisch Erkrankter. Das Hauptziel war die Erschaffung eines gemeindenahen, bedarfsgerechten und umfassenden psychiatrischen Versorgungssystems. Sozialarbeitende, Pflegekräfte, Ärzte sowie Psychologen und Psychologinnen beteiligten sich an der psychiatriepolitischen Debatte und forderten Klientelbeteiligung ein (Clausen & Eichenbrenner, 2010, S.20). In Deutschland und anderen westlichen Industrienationen wurden viele Anstalten geschlossen und in klinische Betriebe umgewandelt. Angebote in der stationären, ambulanten und komplementären Versorgung waren entstanden (Effinghausen, 2014, S.24). Die so entstandenen Tageskliniken, sozialpsychiatrischen Zentren und therapeutischen Wohngemeinschaften erweiterten die Möglichkeit von neuen Begleitungsstrukturen in der Gemeinde (Clausen & Eichenbrenner, 2010, S.20).

Einen wesentlichen Teil zur kritischen Betrachtung der unwürdigen Verhältnisse in den „Irrenanstalten“ entstand durch die sozialpsychiatrische Idee, Ausgrenzungen aufzuheben und allen Menschen gleichermaßen ein Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Die Sozialpsychiatrie hat zum Ziel, auf persönliche, gesellschaftliche und örtliche Gegebenheiten einzugehen und die Lebensumstände der erkrankten Person zu verstehen, zu respektieren und wenn gewünscht, zu verbessern (Clausen & Eichenbrenner, 2010, S.10). Eine Form davon ist die Gemeindepsychiatrie, wo verschiedene Berufsgruppen anzutreffen sind (Matthias Rosemann & Michael Konrad, 2011, S.208). Bei der Gemeindepsychiatrie handelt es sich um ein umfassendes Versorgungssystem aller professionellen Einrichtungen und TrägerInnen in einer Region. Diese dienen der Integration in die Gemeinschaft und der Prävention zur Krankheitsverhütung, zur Früherkennung- und -behandlung und der Verhinderung von Spätfolgen einer psychischen Erkrankung (Effinghausen, 2014, S.33). Ernst von Kardorff hat für die Umsetzung der Gemeindepsychiatrie übergreifende Prinzipien formuliert. Zentrale Prinzipien sind dabei die gesellschaftliche Teilhabe, die selbständige und selbstbestimmende Lebensführung, die Rehabilitation, die gemeindenahen und vernetzte Infrastruktur, die Ressourcenorientierung und die interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kardorff, 2001; zit. in Effinghausen, 2014, S.33).

Die Form der Gemeindepsychiatrie, von der in der vorliegenden Arbeit gesprochen wird, ist das betreute Wohnen in einem Wohnheim (Clausen & Eichenbrenner, 2010, S.139). Dabei handelt es sich um eine komplementäre Einrichtung, bei der die Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen die eigentlichen Organisatoren und Organisatorinnen und Experten und Expertinnen in der Begleitung sind (Alexander Trost & Wolfgang Schwarzer, 2013, S.505).

Früher galt ein Heim als lebenslange Unterbringung. Dies hat sich stark verändert. So wird das Wohnen im Heim heute nur noch als Lösung auf Zeit vorgesehen. Vielfältige Wohnsituationen werden bereitgestellt, um eine passgenaue Hilfe für jeden Menschen zu finden (Rosemann & Konrad, 2011, S.61-62). Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen haben in der Begleitung die Aufgabe, eine entwicklungsfördernde Umgebung zu gestalten, eine Tagesstruktur aufzubauen und soziale Kontakte zu fördern. Des Weiteren sollen Betroffene und Angehörige im Umgang mit der Erkrankung unterstützt, informiert und beraten werden (Bosshard et al., 2013, S.479). Ziel der Institution ist es, die Klientel ganzheitlich wahrzunehmen und durch verschiedene Methoden, Konzepte und Ansätze höchstmögliche Autonomie und somit die Hilfe zur Selbsthilfe zu fördern (Effinghausen, 2014, S.74).

2.4 Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen und den Fachpersonen eines gemeindepsychiatrischen Wohnheimes meint Angehörigenarbeit. Dabei steht die kooperative Arbeitsbeziehung im Fokus (Widulle, 2012, S.162). Sie findet durch das Gespräch statt und hat das Ziel, Reibungsfläche zu verringern, Beziehungsmuster zwischen den Angehörigen und den Betroffenen zu verbessern sowie den Erfolg von Interventionen zu sichern und Angehörige zu stärken (S.162). Gemäss Malte Schophaus, Susanne Schön und Hans-Liudger Dienel (2004) bedingt die hilfreiche Kooperation Bereitschaft zur Zusammenarbeit, Kommunikation, Transparenz und Vertrauen (S.27-28).

Unter Zusammenarbeit verstehen die Autorinnen eine kooperative Arbeitsbeziehung, die in Form von Gesprächen stattfindet. Die oben aufgezählten erforderlichen Bedingungen werden im Hauptteil dieser Arbeit detaillierter aufgegriffen.

2.5 Zwischenresümee

In diesem Kapitel wurde aufgezeigt, dass einer psychischen Erkrankung vielfältige Einflüsse und Erklärungsbedingungen obliegen. Ab wann ein psychischer Zustand als krank bezeichnet wird, ist nicht einfach zu beantworten und ist deshalb Gegenstand zahlreicher Kontroversen. Psychische Erkrankung ist aus dem Grund schwierig zu definieren, da die Existenz einer einheitlichen Definition von gesund oder normal auch nicht vorhanden ist. Die Soziale Arbeit versucht als Fachdisziplin Ressourcen zu aktivieren und die Teilnahme am sozialen Leben zu ermöglichen. Das gemeindepsychiatrische Wohnheim stellt eine Form dar, Menschen mit einer psychischen Erkrankung ein Zuhause in Lebensweltnähe zu bieten und sie bei ihrer Lebensgestaltung zu unterstützen. Das Leben in einem Wohnheim umfasst sowohl die Begleitung durch das

Fachpersonal als auch die Berücksichtigung des sozialen Netzwerks. Damit dieses bestmöglich gestaltet werden kann, ist eine gute Zusammenarbeit von Nöten.

3 Die Bedeutung der Angehörigenarbeit

Familien und Partnerschaften erfüllen eine Vielzahl von Funktionen. Neben der Fortpflanzung, der Existenzsicherung, der Erziehung und der Erholung durch die gemeinsame Freizeitgestaltung haben sie die Hauptaufgabe, Bindungen aufzubauen und zu erleben (Hahlweg & Baucom, 2008, S.2). Bindungen zu anderen Menschen sind eine wichtige Quelle für die Gesundheit und die Lebensqualität. Positive Gefühle werden beispielsweise in Kontakt mit wichtigen Bezugspersonen, wie dem Partner oder der Partnerin, den Geschwister oder Eltern erlebt und Negative, wenn sie von Bezugspersonen unfreiwillig getrennt sein müssen (Bull & Poppe, 2015, S.16). Familien und Partner und Partnerinnen haben vor allem in Bezug auf die soziale Unterstützung eine zentrale Bedeutung für die Lebensqualität. Diese sind Trost, Geborgenheit, Wertschätzung, Unterstützung, soziale Integration, ein Gefühl von gebraucht werden und Stressreduktion (Jürgen Beushausen, 2012, S.89). Die Autorinnen sehen deshalb eine grosse Bedeutung in der Arbeit mit Angehörigen.

Im folgenden Kapitel werden die Rollen und Belastungen der Angehörigen näher beleuchtet und es wird aufgezeigt, wie die Angehörigen sich im Alltag selbst schützen können. Die grundlegenden Aspekte für den Einbezug der Angehörigen werden im Anschluss umfassender erläutert.

3.1 Rollen der Angehörigen

3.1.1 Rolle als Täterschaft

Die Neuordnung der Unterstützungslandschaft nach der Psychiatrie-Enquête im Jahre 1975 hatte eine Enthospitalisierungswelle zur Folge. Dadurch standen komplementäre Einrichtungen nicht in ausreichendem Umfang zur Verfügung und viele Patienten und Patientinnen mussten von ihren Angehörigen zu Hause unterstützt werden. Die Angehörigen standen vor einer neuen Herausforderung und waren meist auf sich alleine gestellt. Dies führte bei zwei Drittel von ihnen zu einem Gefühl der Überforderung, welches sich durch missbilligende Verhaltensweisen oder extreme Überfürsorglichkeit gegenüber den Betroffenen äusserte. Bei vielen Betroffenen kam es zu ungünstigen Krankheitsverläufen und stationären Wiederaufnahmen (Hans Jörg Assion, Peter Brieger & Michael Bauer, 2013, S.281). Ein Dilemma zeigt sich im Erleben von Vorurteilen, Diskriminierung und Stigmatisierung durch die Gesellschaft. Es sind Krankheiten, über die man nicht spricht (Asmus Finzen, 2013, S.11). Ein Stigma wird als Zuweisung von Scham, Schuld und Schande bezeichnet (S.36). Die Etikettierung geschieht bereits durch die Unterscheidung von „psychisch Normalen“ und „psychisch Kranken“. Dies führt zur Überzeugung, dass „psychisch Kranke“ fundamental verschieden vom Rest sind (Matthias Berger, 2015, S.807).

Stigmata betreffen gemäss Finzen (2013) das ganze soziale Umfeld, das heisst alle sozialen Auswirkungen der Erkrankung auf das Familiengefüge (S.52). Die sozialen Folgen des Leidens durch die Stigmatisierung müssen als zweite Krankheit verstanden werden (S.17). Diese sind auch für die Angehörigen eine grosse Belastung, denn sie werden selbst- und fremdstigmatisiert (S.36). Vorwürfe von Seiten der Klientel oder der Bekannten als auch durch das Lesen von Zeitschriften geben Angehörigen das Gefühl, für die Entstehung und dem Fortbestehen der Krankheit Mitverursachende zu sein (Klaus Dörner, Albrecht Egetmeyer & Konstanze Koenning, 2014, S.27). Die Rolle als *Täterschaft* wird durch diese Stigmatisierungsprozesse ausgelöst.

Die Selbststigmatisierung zeigt sich laut Bull und Poppe (2015) zusätzlich, indem sich Angehörige für die Erkrankung ihrer Familienmitglieder schämen. Sie verheimlichen die Erkrankung aus Angst davor, für die Entstehung und den Verlauf verantwortlich gemacht zu werden (S.19). Dies aufgrund der ängstlichen Zurückhaltung, dem Unverständnis und der Ablehnung, welche vom Umfeld erfolgt. Nachbarn und Bekannte ziehen sich in der Folge zurück und die Angehörigen finden keine Kraft, auf Andere zuzugehen (Dörner et al., 2014, S.28). Die Angehörigen verlieren durch den sozialen Rückzug wichtige soziale Unterstützung (Bull & Poppe, 2015, S.19). Oft sind Reaktionen der Umgebung mit versteckten Schuldvorwürfen verbunden, denn es wird nach einer Ursache gesucht, da jemand schuld sein „muss“. Nebst der Vereinsamung der Familienmitglieder werden Schuldgefühle noch verstärkt (Finzen, 2013, S.53).

3.1.2 Rolle als Opfer

Finanzielle Belastungen als auch der Verlust der Arbeit können laut dem Bundesverband der Angehörigen Psychisch Kranker (BApK) mit den Folgen der Krankheit einhergehen (BApK, 2014, S.32-33). Die Diagnose wollen einige Angehörige nicht wahrhaben, denn die mit der Krankheit verbundenen Konsequenzen lösen Gefühle von Angst und Verunsicherung aus. Sie fühlen sich zudem traurig und betroffen, da der Anblick des Leidens schwer aushaltbar ist. Die Hilfe der Betroffenen steht im Vordergrund und erfordert die gesamte Energie der Angehörigen. Die Anstrengungen kosten Kraft und Gefühle von Ohnmacht und Hoffnungslosigkeit breiten sich aus (Larissa Wolkenstein & Martin Hautzinger, 2014, S.111-112). Die emotionale, zeitliche und finanzielle Belastung führt dazu, dass Angehörige über eine schlechtere Gesundheit verfügen (Thomas Bock & Andreas Koesler, 2005, S.115). Sie erleiden ein höheres Mass an Stress, haben eine geringere Selbstwirksamkeit und eine geringere Lebensqualität (Roland Vauth, Nadine Bull & Gerda Schneider, 2009, S.12). Viele Angehörige haben selbst das Gefühl kurz vor einer psychischen Erkrankung zu stehen und Medikamente zu benötigen (Hans-Ulrich Wilms, Nadine Bull, Bettina Wittmund & Matthias C. Angermeyer, 2005, S.31). Ausserdem konsultieren Angehörige

während akuten Phasen der Krankheit Gesundheitsdienste häufiger als üblicherweise (Jeannette Bischkopf, 2005, S.70). Demzufolge ist es für Angehörige unabdingbar, die eigenen Bedürfnisse und Interessen zu verfolgen, damit die Anstrengungen und Belastungen aushaltbar sind (Bock & Koesler, 2005, S.115). Die Angehörigen nehmen dadurch die Rolle als *Opfer* ein.

3.1.3 Rolle als Helfende

Angehörige übernehmen massgebliche Aufgaben der Begleitung, Betreuung, Versorgung und Stützung. Ihnen kommt somit eine weitere Rolle als *Helfende* zu. Angehörige sind in vielfältiger Hinsicht Helfer und Helferinnen. Studien haben gezeigt, dass ein regelmässiger und positiver Kontakt der Angehörigen zu den Betroffenen mit weniger Rückfällen verbunden ist und somit den Krankheitsverlauf beeinflusst. Weiter übernehmen Angehörige eine sehr wichtige Rolle, wenn es um die Förderung der Bereitschaft der Betroffenen für eine Therapie oder die Einnahme von Medikamenten geht. Sie haben aber auch eine Entlastungsfunktion im Bereich der Finanzen oder im Alltag durch die Übernahme von Haushaltsführungen, der Kindererziehung, Behördengängen und der Vernetzung im sozialen Umfeld (Vauth et al., 2009, S. 12). Die eigene Autonomie und Freizeitgestaltung wird dadurch erheblich eingeschränkt (Wilms et al., 2005, S.31).

Die gerade genannten Rollen als TäterInnen, Opfer und Helfende werden in den nächsten Unterkapiteln zu den Belastungen und dem Einbezug, verdeutlicht.

3.2 Belastungen der Angehörigen

3.2.1 Erlebte Belastungen im Familienalltag

Der alltägliche Kontakt und das Zusammenleben mit einem Menschen mit einer psychischen Erkrankung führen gemäss Elke Ziegler (2010) meist zu erheblichen Belastungen bei den Angehörigen (S.10). Dabei wird zwischen objektiven und subjektiven Belastungen unterschieden. Objektive Belastungen sind sehr konkret und beobachtbar. Dazu zählen zum Beispiel der Wegfall des Verdienstes der Betroffenen oder die zusätzlichen Kosten, die durch ein Unterstützungsangebot entstehen können. Subjektive Belastungen der Angehörigen sind hingegen wahrgenommene psychologische Belastungen und deren Auswirkung auf die psychische Gesundheit. Beispielsweise werden eigene Ziele und Werte anders wahrgenommen oder es kommt zu einer Veränderung von Nähe und Distanz zwischen Betroffenen und Angehörigen (Vauth et al., 2009, S.12).

Die psychische Erkrankung tritt plötzlich auf oder entwickelt sich langsam. Angehörige erleben die psychische Erkrankung als Mitbetroffene mit. Bis den Angehörigen die Erkrankung des Familienmitglieds bewusst wird, vergeht oft viel

Zeit. Es ist ein Prozess, welcher mit Irritationen und grossen Belastungen verbunden ist. Die unmittelbaren Folgen werden im Alltag und im persönlichen Umgang mit der erkrankten Person sichtbar. Die Veränderungen zeigen sich zum Beispiel in zwischenmenschlichen Konflikten, Spannungen oder Aggressivitäten (Assion et al., 2013, S.282). Der persönliche Stil, die psychosozialen Ressourcen und die vorhandenen Bewältigungsstrategien sind laut Bull und Poppe (2015) ausschlaggebend dafür, inwieweit die Erkrankung als belastend erlebt wird (S.19).

Unterschiedliche Verhaltensweisen der Erkrankten, wie die Inaktivität, die Vernachlässigung des Äusseren, der gestörte Tages- und Nachtrhythmus oder das veränderte Kontaktverhalten haben gemäss Dörner, Egetmeyer und Koenning (2014) tiefgreifende Auswirkungen auf den Alltag. Die Angehörigen fragen sich deshalb, ob die erkrankte Person nicht kann oder ob sie nicht will. Falls die erkrankte Person gemäss den Einschätzung der Angehörigen nicht kann, so hat dies Rücksichtnahmen zur Folge, welche den eigenen Bedürfnissen und Wünschen der Angehörigen kaum Platz lassen. Die Konflikte spitzen sich hingegen dramatisch zu, falls die Angehörigen der Meinung sind, dass die erkrankte Person nicht will (S.26). Ärger, Wut und Enttäuschung sind daraus entstehende Gefühle (Rita Schmid, Hermann Spiessl & Clemens Cording, 2005, S.277).

Dieser andauernde Stress durch das Miterleben der Höhen und Tiefen der Krankheit stört gemäss Bock und Koesler (2005) das Gleichgewicht des Systems Familie (S.113). Das familiäre Setting sowie die Rollen im Alltag werden durch die psychische Erkrankung erheblich beeinflusst. So trägt das Familiensystem die Alltags- und Krisenbegleitung der erkrankten Personen, was eine langfristige, materielle, psychische und soziale Belastung hervorbringt (Ziegler, 2010, S.18). Angehörige müssen die Verantwortung für die erkrankte Person übernehmen und sich den mit der Erkrankung verbundenen Problemen stellen (BApK, 2014, S.32).

3.2.2 Erlebte Belastungen in zusätzlichen Hilfsangeboten

Nach monatelangem Bemühen, die Probleme selbst zu lösen, suchen die Angehörigen für die Betroffenen Hilfe von aussen und stossen so auf ein lückenhaftes und/oder unübersichtliches Versorgungssystem. Eine Klinikeinweisung kann notwendig werden. Die Angehörigen werden mit ihren angsterfüllten und zweifelhaften Gefühlen, ihren Nöten und ihren Fragen allein gelassen. Durch die Fachpersonen der Klinik wird ihnen das Gefühl vermittelt, sie wollten ihr krankes Familienmitglied abschieben, was eine Verstärkung ihrer Schuldgefühle zur Folge hat (Dörner et al., 2014, S.29). Der durchstrukturierte Klinikalltag hinterlässt bei Angehörigen den Eindruck, nicht eingeplant zu sein. Der ständige Wechsel des therapeutischen Personals in Kliniken ist eine grosse

zusätzliche Belastung, da keine langfristige Vertrauensbasis entwickelt werden kann. Die Entlassung der Klientel aus der Klinik trifft die Familien oft unvorbereitet. Daraus entstehen neue Ängste, da ihre Fragen unbeantwortet blieben (S.30-31).

Der Einzug in die Klinik bringt dennoch meist eine deutliche Entlastung für Angehörige mit sich. Der Behandlungsbeginn beendet ihre innere Zerrissenheit (Bischkopf, 2005, S.71). Oft sind sie mit ihren Kräften am Ende und es besteht bereits eine sehr gereizte und angespannte Familiensituation (Christian Simhandl & Klaudia Mitterwachauer, 2007, S.107). Ein Gefühl der Leere macht ihnen bewusst, wie gross der Druck war, der auf ihnen lag (Bischkopf, 2005, S.71). Durch das Wegfallen vieler Aufgaben müssen Angehörige alternative Beschäftigungen suchen. Dies kann eine Herausforderung für sie darstellen (Bull & Poppe, 2015, S.20).

Allgemein fühlen sich Angehörige von den Fachpersonen oft nicht als Mitbetroffene wahrgenommen, nicht ernst genommen und nicht in die Behandlung einbezogen (Schmid et al., 2005, S.275). Die Angehörigen wünschen sich mehr Informationen über die Erkrankung, die Behandlung und den Behandlungsverlauf als auch dem Umgang mit der erkrankten Person. Dieses Informationsdefizit empfinden sie als belastend (S.273). Welche Belastungen die Angehörigen nebst dem Informationsdefizit verspüren, wenn die Betroffenen ins Heim einziehen, werden in der Literatur nicht genannt. Die Autorenschaft kann sich aber vorstellen, dass es einerseits wie bei einem Klinikaufenthalt eine Entlastung darstellt. Andererseits ist der ganze Prozess auch mit grosser Unsicherheit verbunden, da die Angehörigen nicht wissen, wie lange die betroffene Person im Wohnheim bleiben wird, ob sie jemals wieder nach Hause zurückkehren kann oder wie sich die Beziehung weiter gestalten wird. Wenn die Familienrollen umverteilt werden, kann sich der Alltag der Angehörigen zunehmend verändern, da diese sich für längere Zeit darauf einstellen müssen. Finanzielle Belastungen können weiter ansteigen, vor allem wenn die Erkrankung einen Arbeitsplatzverlust zur Folge hat. Wie sich Angehörige in diesen Belastungssituationen selbst schützen können, wird im nächsten Unterkapitel erläutert.

3.3 Selbstfürsorge

Laut Angela Mahnkopf (2015) sorgen Angehörige durch die Kundgabe ihrer Bedürfnisse selbst für sich. Dies beispielsweise indem mehr Informationen oder ein stärkerer Einbezug in die Behandlung und Begleitung gewünscht wird. Für mehr Informationen über die Erkrankung kann zum Beispiel an einer psychoedukativen Angehörigengruppe teilgenommen werden, welche durch den

Austausch mit anderen Angehörigen mehr Sicherheit vermittelt (S.143). Ein gemeinsames Gespräch innerhalb der Familie kann zudem eine hilfreiche Unterstützung für die ganze Familie sein. In diesem sollen die erlebten Veränderungen thematisiert und die Aufgabenverteilung vorgenommen werden (S.139). Angehörigen kann es auch helfen, die eigenen Erlebnisse in schriftlicher Form zu verfassen (Bischkopf, 2005, S.74).

Sie sollen sich nicht von ihren sozialen Kontakten zurückziehen, sondern den aktiven Kontakt pflegen. So kann den Emotionen in einer sicheren Umgebung freien Lauf gelassen werden und Hilfe in Anspruch genommen werden. Hilfreich ist ausserdem das Akzeptieren der Existenz der Erkrankung. Durch den Austausch mit anderen Betroffenen kann Kummer und Trauer – ausgelöst durch die Belastung - zugelassen werden. Bei Bedarf soll selbst professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden (Mahnkopf, 2015, S.146). Die Organisation in diversen Angehörigenverbänden ermöglicht den Familienangehörigen ihren Interessen politisch Gehör zu verschaffen. Angebote in Form von Triadologien, wo Psychiatrieerfahrene, Fachpersonen und Angehörige gemeinsam diskutieren, nehmen immer mehr Einzug in die stationäre Psychiatrie (Margret Dörr, 2005, S.58).

Die Selbstfürsorge hat in der vorliegenden Arbeit insofern eine Bedeutung, da Fachpersonen Angehörige dabei unterstützen können, ihren Lebensalltag bestmöglich zu meistern und ihnen Angebote für den weiteren Bedarf zu vermitteln. Dies wird im Kapitel 5 durch das Gespräch deutlich.

3.4 Der Einbezug der Angehörigen

Angehörige psychisch erkrankter Menschen haben lange Zeit keine Unterstützung durch Fachpersonen erhalten (Josef Bäuml & Gabriele Pitschel-Walz, 2008, S.24). Erst durch den neuen Ansatz der Sozialpsychiatrie gewann dieser Einbezug an Bedeutung (Clausen & Eichenbrenner, 2010, S.128). Aufgrund der Enthospitalisierungswelle haben sich Angehörige zusammengeschlossen und sind an die Öffentlichkeit getreten. So entstanden einflussreiche Initiativen (Bäuml & Pitschel-Walz, 2008, S.24). Angehörige haben demnach einen wichtigen Beitrag in der Entwicklung hin zum Einbezug in den Prozess geleistet (Julius Kurmann, 2016).

Mittlerweile gehört der Einbezug der Angehörigen zu den Pflichtaufgaben des sozialpädagogischen Auftrags. Es ist deshalb besonders wichtig, eine vertrauensvolle und hilfreiche Zusammenarbeit zu fördern (Widulle, 2012, S.162).

3.4.1 Gründe für die Notwendigkeit

Widulle (2012) nennt mehrere Gründe für die Notwendigkeit der Zusammenarbeit, von denen vier kurz genannt werden. Erstens gilt die Familie als engstes Bezugssystem der Betroffenen. Sie waren es schon vor dem Wohnheimaufenthalt und werden es durch das Aufrechterhalten der Beziehung auch oft sein, wenn sozialpädagogische Interventionen beendet sind. Zweitens engagiert sich die sozialpädagogische Arbeit für die anvertraute Klientel (S.165). Wie in den theoretischen Grundlagen erwähnt, haben sie die Aufgabe, eine entwicklungsfördernde Umgebung zu gestalten und soziale Kontakte zu fördern und zu unterstützen (Bosshard et al., 2013, S.479). Das Engagement der Fachpersonen der Sozialen Arbeit für die Betroffenen schliesst deshalb das der Angehörigen als eine Teilleistung mit ein (Widulle, 2012, S.165). Drittens haben Angehörige Eigenrechte und Eigensinn auf persönliche Sichtweisen zu einem Problem (S.164). Viertens können Reibungsflächen zwischen den Sozialarbeitenden und den Angehörigen bei Entscheidungen und wichtigen Ereignissen verringert werden (S.162). Dies ist wichtig, da die Beziehung für die Qualität der Begleitung und auch für das Wohlbefinden aller Beteiligten von zentraler Bedeutung ist (Mark A. Whisman, 1999; zit. in Hahlweg & Baucom, 2008, S.6).

Angehörige miteinzubeziehen ist auch gemäss Bull und Poppe (2015) in vielerlei Hinsicht sinnvoll. Durch Gespräche mit ihnen erhalten die Fachpersonen der Sozialen Arbeit oft wertvolle und entscheidende Informationen über die Bedürfnisse der Betroffenen (S.21). Durch dieses Erfahrungswissen stellen sie eine grosse Ressource für die Institution selbst dar. Die individuelle Gestaltung der begleitenden Unterstützung kann optimiert und qualitativ verbessert werden. Das kann zu einer Entlastung der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen führen (S.25). Des Weiteren sind Angehörige wichtige Vertrauenspersonen und oft das einzige soziale Bezugssystem, das die Betroffenen noch haben (S.23). Sie kennen die erkrankte Person am besten und können durch ihre Einstellung und ihr Verhalten Einfluss auf den Verlauf und den Erfolg der Krankheit nehmen. Sie vermitteln zudem emotionale Sicherheit und Vertrautheit. Wenn sie zum Beispiel Verständnis zeigen und sichtbar machen, dass sie hinter den Betroffenen stehen, fällt es der erkrankten Person oft leichter, sich auf Veränderungen einzulassen und Krankheitssymptome zu bewältigen (S.21). Durch die Integration der engsten Bezugspersonen gelingt es den Betroffenen als auch den Angehörigen eher, Veränderungen zu akzeptieren sowie Rollen und Perspektiven neu zu definieren (S.25).

3.4.2 Die Qualität der Beziehung

Für die seelische Gesundheit und die psychische Stabilität spielt die Qualität der Beziehung eine entscheidende Rolle. In einer Studie von Whisman wurde

ausgewertet, dass das Risiko eine Störung aufzuweisen, um ein Vielfaches höher ist, wenn die Person in einer Beziehung mit geringer Qualität lebt, als in einer Beziehung mit einer Hohen (Whisman, 1999; zit. in Hahlweg & Baucom, 2008, S.6). Bischof (2005) erwähnt, dass Partnerschaften zwischen Menschen mit mindestens einer psychisch erkrankten Person ein höheres Konfliktpotential, vermehrte Kommunikationsstörungen und eine allgemein geringere Partnerschaftsqualität aufweisen, als Partnerschaften ohne psychisch erkrankte Personen. Es liegt daher nahe, von einem Zusammenhang zwischen der Erkrankung und der Beziehung auszugehen (S.35). Wenn Angehörige in die Begleitung integriert werden, spielt die Qualität der Beziehung deshalb eine relevante Rolle (Hahlweg & Baucom, 2008, S.6). Die Beziehung und die Lebensqualität von Angehörigen, Betroffenen und Fachpersonen kann sich verbessern, wenn Problemlöse- und Kommunikationskompetenzen vermittelt und die Konflikte in den Gesprächen bearbeitet werden (Bull & Poppe, 2015, S.21).

3.4.3 Umsetzung des Einbezugs

In der Angehörigenarbeit werden die Angehörigen durch die kontinuierliche Kontaktpflege in das Wohnheim integriert. Der Kontakt, beziehungsweise die Zusammenarbeit zwischen den Fachpersonen, den Angehörigen und den Betroffenen findet durch Gespräche statt (Hans Günther Homfeldt & Jörgen Schulze-Krüdener, 2007, S.80). Das Ziel ist die umfassende Information über die Krankheit und den Umgang mit der erkrankten Person, die Entlastung von Schuld- und Schamgefühlen und die Stabilisierung der Beziehung der Beteiligten. Wesentliche Bestandteile sind die empathische Beziehungsgestaltung und eine professionelle Grundhaltung gegenüber der Erkrankung (Assion et al., 2013, S.283). Je nachdem, ob zum ersten Mal oder bereits mehrmals ein sozialpsychiatrisches Wohnheim oder ein anderes Versorgungssystem vorhanden war, gibt es andere Bedürfnisse und Fragen. Deshalb sind die Ziele, den Inhalt und die Form des Gesprächs individuell zu definieren (Bull & Poppe, 2015, S.20). Die Zusammenarbeit kann nur dann als Angehörigenarbeit verstanden werden, wenn sie zielgerichtet und methodisch planvoll orientiert ist (Angelika Erhardt, 2002; zit. in Homfeldt & Schulze-Krüdener, 2007, S.78).

3.4.4 Herausforderungen

Angehörige miteinzubeziehen ist allerdings auch an verschiedene Voraussetzungen geknüpft, die Herausforderungen mit sich bringen können. Die beteiligten Personen bestimmen durch die Kooperationswilligkeit und -bereitschaft die Qualität der Zusammenarbeit. Wenn zum Beispiel die Betroffenen keine Kooperation mit den Angehörigen wünschen, kann diese nicht erzwungen werden. Die Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sind verpflichtet, sich an die Schweigepflicht zu halten (Bull & Poppe, 2015, S.64). Für

Fachpersonen der Sozialen Arbeit wird diese im BK von Avenir Social (2010) unter den Handlungsmaximen bezüglich der Arbeit mit der Klientel folgendermassen geregelt: „Die Professionellen der Sozialen Arbeit gehen sorgfältig mit Personendaten um. Datenschutz und Schweigepflicht sind für sie von hoher Priorität (...)“ (BK 12.4, S.12). Umgekehrt könnte es sein, dass Angehörige keine Zusammenarbeit mit den Fachpersonen und den Betroffenen wünschen. Auch sie können nicht gezwungen, sondern höchstens dazu motiviert werden (Bull & Poppe, 2015, S.65).

3.5 Zwischenresümee

Die Ausführungen in diesem Kapitel haben deutlich gezeigt, dass die Rollen als Täter und Opfer, welche die Angehörigen bereits vor und auch während dem Wohnheimaufenthalt einnehmen, grosse Belastungen bedeuten. Diese zeigen sich anhand der finanziellen Veränderungen, Einschränkungen in den Abläufen der Familie oder der verfügbaren Freizeit und der Interaktion zwischen den Familienmitgliedern. Für die Zusammenarbeit mit den Angehörigen müssen sich die Fachpersonen dessen im Klaren sein und der Situation der Angehörigen grosse Wertschätzung entgegenbringen.

Die Darlegungen der Rolle als Helfende haben aber auch deutlich gemacht, dass es sinnvoll und notwendig ist, die Angehörigen in die Gemeindepsychiatrie miteinzubeziehen. Sie stellen in dieser Rolle eine wichtige Ressource dar. Die Betroffenen profitieren, indem ihnen Vertrauen und Sicherheit vermittelt wird. Die Angehörigen und die Fachpersonen ihrerseits profitieren durch die Unterstützung und die Entlastung. Langfristig sind sie zudem die wichtigste Quelle für die Gesundheit und die Lebensqualität aller Beteiligten. Ob Angehörige miteinbezogen werden, hängt jedoch von der Kooperationswilligkeit der Fachpersonen, der Angehörigen und der Betroffenen ab. Um also die Ressourcen nutzen zu können und die Lebensqualität zu steigern, ist es notwendig, die Qualität der Beziehung zu allen Beteiligten zu fördern. Die hilfreiche Zusammenarbeit entsteht demnach durch die Beziehungsgestaltung.

In den Kapiteln vier und fünf werden weiter ausgeführt, wie die Zusammenarbeit und die Beziehung zwischen den Fachpersonen und den Angehörigen gestaltet werden kann, was weitere Herausforderungen in der Zusammenarbeit sein können und wie mit Widerstand umgegangen werden kann.

4 Die Beziehungsgestaltung zwischen Angehörigen und Fachpersonen

Wie unter Punkt 3.4 erläutert, ist die Beziehungsgestaltung zu den Angehörigen wichtig, um eine hilfreiche Zusammenarbeit zu ermöglichen. Im Folgenden werden die theoretischen Aspekte, welche die Autorinnen identifizieren, anhand einer eigens erarbeiteten Fallvignette durchgespielt. Dadurch sollen die beschriebenen Modelle anhand eines praktischen Beispiels verknüpft und abgeleitet werden.

Für die Fallvignette wurde von den Autorinnen folgender fiktiver Fall ausgearbeitet:

Frau Bucher ist 32jährig, hat zwei Klinikaufenthalte hinter sich und wohnt seit zwei Monaten im Wohnheim Alpenblick in Benken. Sie hat eine Diagnose einer psychischen Erkrankung, hat früher als Coiffeuse gearbeitet und ist verheiratet mit Herrn Bucher. Ihr Ehemann leidet weder unter körperlichen noch unter physischen Beschwerden, wohnt in ihrer gemeinsamen Wohnung in Benken und besucht Frau Bucher regelmässig. Die Fachpersonen des Wohnheims Alpenblick kommen so oft in Kontakt mit Herrn Bucher. Das Fachpersonal besteht aus Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen und Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen. Das Wohnheim hat neun Wohnplätze für Männer und Frauen. Für Frau Bucher ist es ihr erster Wohnheimaufenthalt. Sie hat sich soweit gut eingelebt, hat aber Mühe mit Veränderungen. Da sie bei den Klinikaufenthalten negative Erfahrungen machte, ist sie etwas misstrauisch. Auch ihr Mann hat nicht gute Erinnerungen an diese Zeit, da er sich nicht verstanden fühlte. Zwischen der zuständigen Sozialpädagogin Frau Wyss und Herr und Frau Bucher haben seit dem Eintritt bereits mehrere Gespräche stattgefunden. Frau Wyss ist die Bezugsperson von Frau Bucher und koordiniert die Angehörigengespräche.

4.1 Die professionelle Beziehung

Für das Zustandekommen eines Arbeitsbündnisses und als Voraussetzung für zielführende Hilfen ist die Beziehung die entscheidende Wirkgrösse (Esther Weber, 2012, S.12). Der Aufbau einer Beziehung zwischen der Fachperson und der Klientel geschieht durch wiederholte Interaktionen und ist ausschlaggebend für den Erfolg jeglicher Bemühung. Die Beziehung soll offen, vertrauensvoll und auf eine Zusammenarbeit orientiert sein, damit Erfolg möglich wird (Frank Nestmann, 2007, S.791). Durch eine aktive Mitarbeit der Klientel wird die Qualität der Leistung sowie die Zusammenarbeit gefördert (Cornelia Schäfer, 2010, S.45).

Die Rolle und die Aufgaben der Fachkraft können sich im Verlaufe des Prozesses in der professionellen Beziehung verändern. Die Fachperson kann durch die

Kenntnis der aktuell anstehenden Lebensaufgaben die pädagogische Beziehung hilfreich und verstehend beeinflussen. Die individuelle Gestaltung des Hilfsangebots bringt eine Unterscheidung in der Dauer der Zusammenarbeit, der Häufigkeit der Kontakte, der Intensität und der behandelten Themen mit sich (Schäfter, 2010, S.39-40).

Sicherheit, offene Entwicklungsmöglichkeiten und ein grundlegendes Interesse der Fachperson für die Anliegen der Klientel als auch die Beschäftigung damit, stellen für Michael J. Mahoney ein optimales Arbeitsbündnis dar (Mahoney, 1991; zit. in Nestmann, 2007, S.794). Ruth Bang meint hingegen, dass eine helfende Beziehung nur dann vorhanden ist, wenn zum Ziel eine Veränderung des Fühlens, Denkens, Handelns und Verhaltens beabsichtigt wird (Bang, 1964; zit. in Schäfter, 2010, S.39). Gemäss Michael Argyle und Monika Henderson sind die Vermittlung von Zuversicht, die Stärkung von Selbstachtung, die Förderung der psychischen und körperlichen Gesundheit als auch die Entstehung von engen und vertrauten Bindungen, Folgen einer hilfreichen Beziehung. Sie ermöglichen Hilfe, Zugang zu Informationen und sozialen Rückhalt (Michael Argyle & Monika Henderson, 1990; zit. in Schäfter, 2010, S.89). Ziele einer helfenden Beziehung in der Sozialen Arbeit sind nach Schäfter (2010) die Unterstützung der Klientel bei der Bewältigung ihrer Schwierigkeiten und die Ermöglichung von Entwicklung, zunehmender Autonomie und Selbstbestimmung (S.89). Im Vordergrund steht dabei die Gesamtsituation der Klientel, um sich dann gemeinsam an Lösungsvorschläge heranzutasten. Die Fachperson benötigt eine neugierige Haltung und den Willen zu lernen, damit die Klientel die Chance erhalten, sich mit ihrer Lebenssituation neu auseinanderzusetzen und selbst neu zu betrachten (Harro Dietrich Kähler, 2009, S.118). Empirisch ist die Wichtigkeit der professionellen Beziehung als solches noch nicht nachgewiesen. Sie wird jedoch zumindest als wichtiger Faktor für die Qualität der Zusammenarbeit genannt (Schäfter, 2010, S.42).

Carl Rogers entwickelte drei zentrale Beziehungsvariablen - Empathie, Akzeptanz und Kongruenz - welche noch heute als Merkmale einer hilfreichen und professionellen Beziehung gelten. Empathie wird als Fähigkeit bezeichnet, sich in die Gefühle und Gedanken einer Person hineinversetzen zu können und so das Denken, Fühlen und Handeln der anderen Person nachzuvollziehen. In der Zusammenarbeit zeigt sich diese Beziehungsvariable in der sensiblen Haltung von Seiten der Fachperson und anhand bestimmter Vorgehensweisen. Akzeptanz hingegen ist die bedingungslose Wertschätzung der anderen Person. Die Person wird im professionellen Gespräch vollumfänglich respektiert, was Sicherheit beim Gegenüber schafft und Ängste verhindern lässt. Offenheit wird so ermöglicht und neue Verhaltensweisen werden erprobt. Authentizität zeigt sich im offenen und direkten Umgang miteinander, die Klientel kann dadurch die eigenen Gefühle und

Gedanken ohne Scheu zum Ausdruck bringen (Carl Rogers, 1973; zit. in Nestmann, 2007, S.792).

4.2 Arbeitsprinzipien für die Gestaltung der Beziehung nach Schäfter

Schäfter (2010) hat vier Arbeitsprinzipien für die Gestaltung der Beratungsbeziehung entwickelt, welche Ziele, Haltungen, Methoden, Techniken und sonstige Merkmale der Sozialen Arbeit enthalten. Die Autorinnen betrachten die Arbeitsprinzipien auch in Bezug auf andere Gesprächsformen, nicht nur auf das Beratungsgespräch. Es eignet sich nach ihrer Meinung auch insbesondere für die Gestaltung der professionellen Beziehung zwischen Angehörigen, Fachpersonen und Betroffenen (S.89).

4.2.1 Die reflexive, kontextbezogene Zuwendung als erstes Arbeitsprinzip

Das erste Arbeitsprinzip heisst „*reflexive, kontextbezogene Zuwendung*“. Dieses meint das Bedürfnis nach Anerkennung, denn die Individuen wollen in ihrer Besonderheit beachtet und gestärkt werden. Emotionale Nähe und eine Grundlage für die Zusammenarbeit werden durch das Arbeitsprinzip geschaffen. Es wird den anderen Arbeitsprinzipien übergeordnet, da es bei allen Gesprächsphasen präsent ist, unabhängig von den behandelten Inhalten (Schäfter, 2010, S.89-90).

Handlungsanweisungen sind bei diesem Arbeitsprinzip die körperliche Zuwendung der Fachperson, welche sich durch die Körperhaltung, die Gestik, die Mimik und die Stimme ausdrückt. Die innere Haltung der Fachperson ist Voraussetzung für eine beziehungsfördernde Qualität der Zuwendung. Diese zeigt sich in der intensiven Teilnahme an den berichteten Erlebnissen und Erfahrungen, den Verhaltensweisen und den erlebten Gefühlen der Klientel. Die Umsetzung dieses Arbeitsprinzips erfolgt immer dann, wenn die Fachperson die gerade beschriebene Qualität und angemessene Gesprächstechniken einsetzt. Gesprächstechniken sind beispielsweise das Paraphrasieren oder das anteilnehmende Nachfragen (Schäfter, 2010, S.91-92).

Fallvignette: Herr Bucher erzählt wie er seine Frau erlebt. Frau Wyss hört ihm aufmerksam zu und gibt ihm zu verstehen, dass sie sich für ihn interessiert. Der Körper ist zu Herr und Frau Bucher hin gewandt, die Stimme klar und verständnisvoll. Frau Wyss wiederholt was bei ihr ankommt, fragt nach bei Unklarheiten. Sie versucht die Situation von den Beiden zu verstehen und geht auf Gefühlsäusserungen und andere Perspektiven ein.

4.2.2 Die selektive, persönliche Öffnung als zweites Arbeitsprinzip

Das zweite Arbeitsprinzip heisst „*selektive, persönliche Öffnung*“. Die persönliche Öffnung ist für die Klientel struktureller Bestandteil eines professionellen Gesprächs, da sie von den eigenen Schwierigkeiten und Herausforderungen berichten muss. Für diese Öffnung wird eine gewisse Vertrautheit in der Beziehung vorausgesetzt. Durch persönliche Öffnung der Fachperson kann eine solche emotionale Nähe hergestellt werden. Mit diesem Arbeitsprinzip werden die Bedürfnisse Nähe und persönliche Beziehung erreicht. In der professionellen Beziehung besteht ein klares Gefälle. Die Fachperson ist vor allem ZuhörerIn und reagiert, nebst der persönlichen Öffnung, auf die Klientel. Sie muss die Balance zwischen Nähe und Distanz finden. Die persönliche Öffnung strebt dabei immer das Ziel der Beziehung an (Schäfter, 2010, S.91-92). Die zeitliche Begrenztheit der professionellen Beziehung stellt ein Dilemma für die Klientel dar. Sie soll sich öffnen, weiss aber gleichzeitig, dass sie früher oder später wieder allein zurechtkommen muss (S.94).

Es erfolgt die Unterscheidung von persönlicher Öffnung anhand vier Stufen. Eine Ich-Botschaft der Fachperson, in der sie eine allgemeine Beobachtung teilt, stellt die erste Stufe dar. Bei der zweiten Stufe äussert die Fachperson ihre persönliche Meinung zu vorangehenden Schilderungen der Klientel (Schäfter, 2010, S.94-95). Die dritte Stufe hat Vertrauen und Offenheit zum Ziel. Die Fachperson berichtet von eigenen Erfahrungen und deutet so Ähnlichkeiten mit der Klientel an (Bernd-Joachim Ertelt & William E. Schulz, 2015, S.54). Die persönliche Betroffenheit stellt die vierte und letzte Stufe dar. In dieser wird die Fachperson vom Leid der Klientel berührt und zeigt die eigenen Gefühle (Schäfter, 2010, S.95). Demnach spielt die Art und Weise des Verhaltens der Fachperson wie auch der Inhalt eine Rolle. Dieses Arbeitsprinzip stützt sich auf die oben erläuterten Haltungen Empathie, Wertschätzung und vor allem Authentizität nach Rogers (S.95).

Fallvignette: Frau Wyss erzählt von ihren Erfahrungen als Angehörige oder nahe Betroffene einer psychisch erkrankten Person. Sie zeigt auf, dass sie die Gefühle von Herr Bucher nachvollziehen kann. Nach den Erzählungen von Herr Bucher nennt die Fachperson ihre Meinung dazu, wie sie dies findet. Durch die Reflexion der eigenen Emotionen kann sie diese benennen und aufzeigen, was das Leid bei ihr auslöst.

Wenn Fachpersonen der Sozialen Arbeit selbst eine psychische Erkrankung haben oder Angehörige psychisch erkrankter Menschen sind und das Gefühl haben diese Tatsache verbergen zu müssen, so ist es unmöglich der Klientel offen und empathisch zu begegnen und die Selbsterfahrung als Kompetenz zu nutzen. Die

Fachperson hat die Aufgabe ihr Gegenüber zu ermutigen, das eigene Vertrauen wiederzuerlangen und die Krise als Chance für die Entwicklung zu sehen. Dieser Aspekt wirkt unglaublich, wenn dies der Fachperson selbst nicht gelingt (Susanne Heim, 2015, S.3).

4.2.3 Die Ressourcenorientierung als drittes Arbeitsprinzip

Das dritte Arbeitsprinzip lautet *Ressourcenorientierung* (Schäfter, 2010, S.95). Der Schwerpunkt der Aufmerksamkeit liegt bei einer ressourcenorientierten Sichtweise auf vorhandenen Ressourcen und möglichen Lösungsansätzen der Klientel. Den gelingenden Elementen wird im Gespräch mehr Gewicht verliehen als den geschilderten Schwierigkeiten (Weber, 2012, S.32). Die Suche nach Ressourcen schliesst persönliche, materielle und finanzielle Ressourcen des gesamten Umfeldes mit ein (Schäfter, 2010, S.96-97). Diese Ausrichtung fördert und intensiviert die professionelle Beziehung. Daraus resultieren möglicherweise ein zunehmendes Vertrauen der Klientel, grösseres Selbstvertrauen und mehr Selbst- und Lebenszufriedenheit (S.94-95). Die Klientel nehmen im Gespräch vor allem die eigenen Defizite wahr. Diese werden bei diesem Arbeitsprinzip nicht ausser Acht gelassen, jedoch eröffnet die Ressourcenorientierung eine andere Perspektive (S.97). Sie wendet den Blick der Beteiligten im Gesprächsprozess weg von der Fixierung auf das Problem, hin zu deren Stärken und Potenzialen (Nestmann, 2007, S.731). Entscheidend bei der Ressourcenorientierung ist die Überzeugung der Fachperson über die Existenz der Ressourcen als auch positiver Entwicklungsmöglichkeiten. Die wichtigste Haltung bei diesem Arbeitsprinzip ist die bereits beschriebene Authentizität des personenzentrierten Ansatzes. Wertschätzung wird durch den Fokus auf die Stärken und den Versuch des Ausgleichs der Verteilung von Können und Nichtkönnen ausgedrückt (Schäfter, 2010, S.97).

Fallvignette: Frau Wyss versucht herauszufinden, welche Ressourcen bei Herr und Frau Bucher vorhanden sind. Diese können als Entlastung dazu gezogen werden, um das Wohlbefinden der Beiden zu stärken. Weiter wird ihnen aufgezeigt, was sie bereits gut machen, was funktioniert und in welche Richtung gearbeitet werden kann (Entwicklungsmöglichkeiten).

4.2.4 Die Kompetenzpräsentation als viertes Arbeitsprinzip

Das vierte Arbeitsprinzip ist die *Kompetenzpräsentation*, in welchem die Zweckorientierung der Arbeitsbeziehung deutlich wird. Die Schwierigkeiten und die aktuelle Lebenssituation der Klientel stehen im Fokus, wobei die Kompetenz der Fachperson für die Führung des Gesprächs von Seiten der Klientel erwartet wird. Die Konstruktion der Asymmetrie in einer Hilfebeziehung entsteht durch die Auffassung der Klientel, die Fachperson sei eine Expertin. Diese Auffassung

ermöglicht der Fachperson das räumlich-zeitliche Setting zu bestimmen und Kommunikationsregeln festzulegen. Die „Präsentation“ der Kompetenzen im Gesprächsprozess kann in drei Teile gegliedert werden. Erstens wird die Kompetenz als Fähigkeit und Wissen der Fachperson dargestellt, welche sich aus Haltungen, Wissen und Können zusammensetzen. Zweitens erfolgt die Kompetenz, sich als Fachkraft auf die eigenen Fähigkeiten vertrauen zu können und diese drittens hilfreich einzusetzen (Schäfter, 2010, S.98).

Das Entscheidende an der Kompetenzpräsentation ist die Art und Weise, wie Kompetenzen im Gespräch eingebracht werden, wie die Klientel diese erleben und inwiefern die eingebrachten Kompetenzen hilfreich für sie sind. Die Klientel soll dort abgeholt werden, wo sie/er ist. Demnach sollen Fachwörter vermieden und stattdessen in Alltagssprache kommuniziert werden. In der Arbeitsbeziehung sollen Angehörige als PartnerInnen im Sinne einer Ressource gesehen werden. Die Betroffenen werden auf dem Ausweg aus den Schwierigkeiten unterstützt, die Fachperson präsentiert also nicht vorgefertigte Lösungen, sondern diese werden gemeinsam entwickelt (Schäfter, 2010, S.98-99). Die Reflexion des eigenen Handelns durch die Fachkraft verdeutlicht die Kompetenzpräsentation zusätzlich. Dieses Arbeitsprinzip schliesst ausserdem die zuvor beschriebenen Arbeitsprinzipien mit ein (S.100).

Fallvignette: Frau Wyss spricht mit Herrn und Frau Bucher auf Augenhöhe, so dass sie dem ganzen Gespräch gut folgen können. Fachbegriffe werden vermieden oder erklärt. Herr Bucher wird nebst seiner Frau in die Zielerarbeitung und die Auswahl der Handlungsmöglichkeiten miteinbezogen. Er kann seine eigene Meinung sagen und wird als Experte respektiert. Herr Bucher kann durch seine Erfahrungen viele hilfreiche Informationen liefern und so den Unterstützungsprozess vorantreiben.

4.2.5 Die Wirkung der Arbeitsprinzipien

Diese vier Arbeitsprinzipien ermöglichen die Gestaltung der professionellen Beziehung. Sie sind sowohl personenzentriert als auch aufgabenorientiert. Eine tragfähige, vertrauensvolle Beziehung ist besonders notwendig aufgrund der aufgabenorientierten Ausrichtung, damit Konfrontation oder Provokation ermöglicht werden (Schäfter, 2010, S.100-101).

Zwei Evaluationsstudien von Ursula Hochuli-Freund und Walter Stotz (2015) haben ergeben, dass die Klientel genau diese vier Arbeitsprinzipien als hilfreich einstufen. Die Klientel hat angegeben, dass das aufrichtige Interesse der Fachperson, die Wertschätzung gegenüber der Klientel sowie das Ernstnehmen ihrer Anliegen, Bedürfnisse und Wünsche als hilfreich erlebt wurden. Die Ressourcenorientierung, das Zuhören und das Bemühen der Fachperson, die

Klientel in ihrer Beharrlichkeit und ihrer eigenen Sichtweise zu verstehen, schätzten sie sehr. Während der Gesprächszeit muss die Fachperson präsent sein und ihr Fachwissen zeigen. Wenn es trotz dem Ansprechen von Schwierigkeiten und dem Austragen von Konflikten zu keinem Beziehungsabbruch kommt, so ist dies ein Zeichen für eine gute Arbeitsbeziehung (S.107).

4.3 Die Haltungskompetenzen der Fachperson

Im Gespräch zeigt sich die Fachperson im Umgang mit der Klientel anhand bestimmter Haltungen, welche emotionale wie auch rationale Aspekte enthalten. Die Haltung meint ein Wille, in einer bestimmten Situation bewusst so zu handeln. Als Beispiel ist das personenorientierte Modell nach Carl Rogers mit den Haltungen Empathie, Wertschätzung und Echtheit zu nennen. Jeder Art von professionellem Gespräch liegt die Haltung der Fachperson zugrunde, welche ein zentraler Wirkfaktor für das Gelingen der Interventionen, als auch, wie oben bereits erwähnt, für die Beziehung ist (Schäfter, 2010, S.87).

Die Haltung – als entscheidender Faktor – wird anhand der Haltungskompetenzen nach Regina Dahm und Tjark Kunstreich dargestellt. Die Autorinnen haben diese Sichtweise ausgewählt, da sie mit den oben beschriebenen Arbeitsprinzipien in Verbindung gebracht werden können. Der Recovery-Ansatz zeigt die Wirkung der Haltung nochmals deutlich auf. Der Praxisbezug zeigt sich zusätzlich, indem in gemeindepsychiatrischen Wohnheimen bereits nach diesem Ansatz gearbeitet wird.

4.3.1 Die Haltungskompetenzen nach Dahm und Kunstreich

Die folgende Tabelle (Nr.1) präsentiert die Haltungskompetenzen nach Regina Dahm und Tjark Kunstreich (2013). Das Grundgerüst bildet dabei die Selbstreflexion, da diese im Habitus internalisiert ist. Förderliche und nicht förderliche Kompetenzen stellen die wichtigsten Aspekte dar (S.37). Die Abbildung zeigt nach Meinung der Autorenschaft die bereits genannten Aspekte der Beziehungsgestaltung nochmals deutlich auf. Die „Wahrnehmung der Gefühle“ wird im zweiten Arbeitsprinzip ersichtlich, indem die Fachperson durch das Gesagte der Klientel berührt wird und die eigenen Gefühle auch zeigt. Damit wird Echtheit erzeugt. Die „Selbstreflexion der Fachperson“ kommt im ersten Arbeitsprinzip zum Tragen und zieht sich durch den ganzen Gesprächsprozess hindurch. Die förderlichen Aspekte dieser Darstellung ziehen sich durch die Arbeitsprinzipien sowie die personenzentrierte Haltung von Carl Rogers. Akzeptanz, Wertschätzung und Authentizität sind notwendig, damit sich die Klientel verstanden fühlt und sich gegenüber der Fachperson öffnen kann. Gemäss dem dritten Arbeitsprinzip der Ressourcenorientierung ist eine „angemessene Übernahme von Verantwortung“ miteingeschlossen. Die

Fachperson versucht die Klientel zu stärken, indem sie deren Ressourcen ins Zentrum stellt. Durch das aufgebaute Vertrauen übergibt die Fachperson diese Verantwortung an die Klientel. Durch die Haltung, dass ein gemeindepsychiatrisches Wohnheim, wie bereits oben erwähnt, nur ein Aufenthaltsort auf Zeit ist, werden die hinderlichen Aspekte wie zum Beispiel die „Unterstellung von Hilflosigkeit“ oder der „künstlichen Aufrechterhaltung von Abhängigkeit“ zusätzlich verhindert. Diese Ansicht wird im BK von Avenir Social (2010) verdeutlicht: „Soziale Arbeit hat Veränderungen zu fördern, die Menschen unabhängiger werden lassen auch von der Sozialen Arbeit“ (BK, 5.7, S.6). Das Vertrauen wird im Unterkapitel 4.4.1 weiter ausgeführt.

Haltungskompetenzen		
Selbstreflexive Haltung	Bereitschaft und Wille zur Selbstreflexion	
	Wahrnehmung eigener Gefühle	
Haltungskompetenzen/ Habitus	Förderlich	Nicht förderlich
Verstehen als hermeneutische Grundorientierung	Grundlegendes Akzeptieren der Klientel	Reduktionistische Wahrnehmung der psychischen Erkrankung
	Neugierde und Offenheit für Begegnungen mit Klientel	Vorschnelles Pathologisieren
Empowerment	Klientel als Experten und Expertinnen in eigener Sache respektieren	Unterstellung einer tiefen Hilflosigkeit der Klientel
	Erkennen von Ressourcen	Künstliche Aufrechterhaltung von Abhängigkeit
	Echte Wertschätzung auch kleiner Erfolge	Unangemessene Ablehnung von Verantwortung, Überfürsorglichkeit
	Angemessene Übernahme von Verantwortung seitens der Fachkraft und der Klientel	

Tabelle 1: Haltungskompetenzen (Quelle: leicht modifiziert nach Regina Dahm & Tjark Kunstreich, 2013, S.38)

Fallvignette: Frau Wyss reflektiert, was das Geschehene bei ihr auslöst. Sie versucht eine Balance zwischen den Aufgaben in der Institution und der Bedürfnisse der Klientel herzustellen. Sie ist offen gegenüber dem Gespräch mit Herr und Frau Bucher und begegnet ihnen interessiert. Sie würdigt die Dinge, die sie bereits gut machen, versucht die Ressourcen des Umfelds auszumachen und ermutigt sie, Neues auszuprobieren.

4.3.2 Der Recovery-Ansatz

Der Recovery-Ansatz ist ein Konzept der psychischen Erkrankung, bei dem Krankheitsepisoden als Möglichkeit zur Entwicklung anstatt als Weg zur Chronifizierung betrachtet werden. Es ist ein ganzheitlicher Ansatz, welcher die internen als auch externen Faktoren, welche einen Beitrag zur Gesundheit und Lebensqualität leisten, einbezieht (Simon Bradstreet; 2010; zit. in Dümmler & Sennekamp, 2013, S.23). Das Konzept besagt, dass sich Menschen mit einer psychischen Erkrankung weniger durch die Behandlung ihrer Symptome und Einschränkungen neu definieren können, sondern vielmehr durch soziale Rollen, Beziehungen und das Selbstkonzept (Grace Dammann, 2014, S.1156).

Nach William Anthony ist Recovery:

ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess der Haltung, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen. Es ist ein Weg, um trotz der durch die psychische Krankheit verursachten Einschränkungen ein befriedigendes, hoffnungsvolles und konstruktives Leben zu leben. Recovery beinhaltet die Entwicklung eines neuen Sinns und einer neuen Aufgabe im Leben, während man gleichzeitig über die katastrophalen Auswirkungen von psychischer Krankheit hinauswächst. (Anthony, 1993; zit. in Dammann, 2014, S.1156)

In gemeindepsychiatrischen Wohnheimen - wie beispielsweise der Institution Traversa - wird nach dem Recovery-Ansatz gearbeitet (Traversa, 2012). Die Klientel wird so ganzheitlich wahrgenommen, indem die bio-psycho-sozialen Faktoren beachtet werden. Der Autorenschaft war es wichtig so praxisnah wie möglich die Beantwortung der Fragestellung zu erarbeiten und wählten deshalb das vorliegende Konzept.

Der Recovery-Ansatz ist dafür geeignet, eine beziehungsorientierte Haltung der Fachpersonen zu fördern (Dammann, 2014, S.1158). Eine qualitative Studie aus Oslo setzte sich die recovery-orientierte, helfende Beziehung zum Thema. Zwei Forscherinnen suchten nach Faktoren, welche die Menschen mit einer psychischen Erkrankung auf ihrem Recovery-Weg als hilfreich erlebt haben. Dabei nannten die Befragten „Empathie, Respekt und eine allgemeine Von-Mensch-zu-Mensch-Haltung“ als wichtigste Faktoren. Weiter wurden das Zuhören als auch die offene und interessierte Begegnung der Fachpersonen gegenüber

den Betroffenen als wichtig erachtet. Die fachliche Kompetenz war weniger im Vordergrund. Hingegen wurde das Teilen von Zuversicht und Leid erwähnt. Andere nannten Kontinuität und Sicherheit in der Beziehung als besonders hilfreich. Durchgängig wurde das Engagement der Fachpersonen sehr geschätzt, welches sich darin ausdrückte, anwesend zu sein und auf die individuellen Bedürfnisse einzugehen. Zeit und Humor spielten weiter eine wichtige Rolle. Die Vermittlung von Hoffnung und Zuversicht und die Ermutigung zum Weitermachen unterstützte die Klientel zusätzlich (Dümmler & Sennekamp, 2013, S.36-37).

Diese Ausführung der Ergebnisse der Studie untermalt die vier Arbeitsprinzipien zusätzlich. Nicht nur fachliche Kompetenz ist erforderlich, sondern auch die gerade genannten Verhaltensweisen. Zwar ist die Studie auf Betroffene einer psychischen Erkrankung ausgelegt, jedoch sind die Schlüsse nach Meinung der Autorinnen auf die Beziehung zwischen Angehörigen und Fachpersonen anwendbar. Die personenzentrierte Haltung nach Carl Rogers wird auch hier wieder deutlich als hilfreich erlebt. Eine wohlwollende Haltung zeigt sich darin, dass die Fachperson auf die individuellen Bedürfnisse eingeht. Das Teilen von Zuversicht und Leid bedingt selektive Öffnung. Die gemeinsame Hoffnung wird im nächsten Unterkapitel näher erläutert.

Fallvignette: Frau Wyss versucht Herrn Bucher zu vermitteln, dass er die Krankheit in die eigene Biografie integrieren soll. Durch die Akzeptanz der Realität kann er lernen mit Unsicherheiten umzugehen, denn es gibt Risiken, die von niemandem beeinflusst werden können (Janine Berg-Peer, 2015, S.11). Frau Wyss unterstützt Herr Bucher darin, seine Bedürfnisse gegenüber seiner Frau auszudrücken, damit gegenseitiges Verständnis möglich wird. Weiter betont sie die Wichtigkeit, dass er sein Leben weiterlebt, indem er seine Kontakte pflegt und seine Freizeitaktivitäten weiterhin ausübt. Die Krankheit seiner Frau soll nicht den ganzen Tagesablauf bestimmen, sondern sie soll als Teil davon betrachtet werden. Frau Wyss verdeutlicht Herr Bucher, dass sie zuversichtlich ist und ihm Zeit lässt bei der Umsetzung. Sie begegnet ihm offen und interessiert für das Erlebte.

4.4 Die Beziehungsqualität als wichtiger Faktor für den Gesprächserfolg

Zum Gesprächserfolg trägt die Qualität der Beziehung ebenso viel bei wie Technikvariablen. Die Fachperson versucht deshalb so gut wie möglich eine gute Beziehungsqualität aufzubauen, um die Probleme der Klientel anzugehen (Martina Belz, 2009, S.86). Sigmund Freud besagte mit dem von ihm entwickelten „Eisberg-Modell“, dass sogar 80% der Kommunikation unter der Oberfläche – also nicht offensichtlich – passieren und nur lediglich 20% der Kommunikation bewusst gesteuert werden. Die unbewussten 80% haben jedoch

den grössten Einfluss auf die bewussten 20%. Sie enthalten zum Beispiel Konflikte, die Persönlichkeit, Instinkte oder traumatische Ereignisse (Freud, ohne Datum; zit. in Dirk Schmidt, 2011, S.18-19). Diese Ansicht verstärkt die Bedeutung der Beziehung noch zusätzlich.

Die Beteiligten einer Beziehung nehmen diese aus ihrer eigenen Perspektive wahr. Wenn die Fachperson die professionelle Beziehung als gelingend und produktiv einschätzt, so muss dies von Seiten der Klientel überhaupt nicht so wahrgenommen werden. Dies äussert sich beispielsweise dadurch, dass die Klientel Erwartungen hat, welche die Sozialpädagogin oder der Sozialpädagoge nicht erfüllen kann oder möchte. Es ist Aufgabe der Fachperson, die Wahrnehmungen und die Gefühle der Klientel bezüglich des gemeinsamen Prozesses und des Arbeitsklimas zu erfahren. Widersprechende Wahrnehmungen sollen gemeinsam aufgelöst werden, denn die Wahrnehmung der Klientel hat für das Ergebnis der Zusammenarbeit eine grosse Bedeutung. Die Gestaltung und Förderung der Beziehung wird durch die Verwirklichung der Arbeitsprinzipien vorangetrieben, jedoch ist dabei die Kooperation der Klientel von Nöten (Schäfter, 2010, S.101-102).

Schäfter (2010) nennt vier Elemente einer qualitativen Beziehung. Diese stellen die erhofften Wirkungen aus der Umsetzung der Arbeitsprinzipien dar (S.102).

4.4.1 Das wechselseitige Vertrauen als erstes Element

Als Erstes wird das *wechselseitige Vertrauen* beschrieben, welches die Grundlage für Erwartungen und die Basis für ein stabiles Beziehungsverhältnis darstellt. Hilfe, Verlässlichkeit, Zuverlässigkeit oder Verschwiegenheit sind Beispiele für mögliche Erwartungen. Durch die Erfüllung der Erwartungen wird die Motivation erhöht und die Situation für die Klientel verbessert. Durch Vertrauen und Zutrauen der Fachperson für die Klientel kann das Selbstvertrauen gestärkt werden. Deutungen der Fachperson können durch entgegengebrachtes Vertrauen der Klientel besser angenommen werden und die Bereitschaft zur Selbstöffnung steigt. Fehlendes Vertrauen führt mindestens zu einer erschwerten Zusammenarbeit oder sogar zu einem Abbruch der Zusammenarbeit, wenn dieser Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung nicht erfolgt. Vertrauen und Kontrolle müssen als Gegenpole betrachtet werden. Aus diesem Grund benötigt es einen Vertrauensvorschuss von Seiten der Fachperson, um die Grundlage für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zu schaffen (Schäfter, 2010, S.102-103).

Die Fachperson muss die helfende Interaktion so gestalten, dass die Entwicklung von Vertrauen überhaupt möglich ist. Erst im Anschluss ist die Voraussetzung für die Kooperation der Klientel geschaffen. Die Beanspruchung von Dienstleistungen und die Umsetzung von empfohlenen Veränderungsschritten werden möglich. Um

ein Vertrauensverhältnis zu schaffen, sind die Grundsätze der personenzentrierten Gesprächsführung und die Berücksichtigung der Grundbedürfnisse hilfreich (Weber, 2012, S.23). Das Vertrauen kann im Arbeitsbündnis wechselseitig, jedoch nicht symmetrisch sein. Der professionelle Rahmen und die daraus ergebende Verantwortung sowie der hervorgebrachte Vertrauensvorschuss sind Kennzeichen für das Vertrauen der Fachperson (Schäfter, 2010, S.104).

Der Bezug zwischen den vorher erläuterten Arbeitsprinzipien und dem wechselseitigen Vertrauen als Qualitätsmerkmal kann wie folgt hergestellt werden: Dank der reflexiven, kontextbezogenen Zuwendung kann sich die Klientel sicher fühlen und daraufhin öffnen. Das Vertrauen der Klientel wird durch die selektive, persönliche Öffnung gestärkt. Dabei ist ausschlaggebend, dass die Sozialpädagogin oder der Sozialpädagoge der Klientel als Mensch begegnet, dadurch Vertrauen signalisiert und Transparenz herstellt. Das Selbstvertrauen der Klientel wird durch die Ressourcenorientierung gestärkt und die Kompetenzpräsentation ist Ausdruck von Expertentum (Schäfter, 2010, S.105-106). Wachsendes Vertrauen kann sich im Gesprächsprozess zusätzlich in der Bereitschaft der Klientel zeigen, sich zu öffnen und die eigenen Gefühle zu zeigen. Widerspruch und Ablehnung eines Angebots der Fachperson sind ausschlaggebend dafür, dass die Beziehung aus Sicht der Klientel soweit gefestigt ist, um dies zuzulassen, ohne dass ihre Beziehung gefährdet ist. Häufiger Blickkontakt, entspannte Haltung, vorgeneigte Körperhaltung, angemessener Gesprächsabstand oder ein freundlicher Tonfall sind nonverbale Kennzeichen für Vertrauen. Wenn die Fachperson die Klientel selbständiger handeln lässt oder weniger Kontrolle ausübt, so ist dies ein Ausdruck von Vertrauen der Fachperson (Schäfter, 2010, S.106).

Fallvignette: Erst durch Vertrauen können sich Herr und Frau Bucher gegenüber der Fachperson öffnen und die Zusammenarbeit kann wirkungsvoll angegangen werden. Frau Wyss nimmt sich Zeit für das Gespräch mit Herr und Frau Bucher, erscheint pünktlich und hält gemeinsame Abmachungen ein. Sie begegnet Herr und Frau Bucher mit Empathie, Wertschätzung und Authentizität und vertraut ihnen beispielsweise bei der Erfüllung von Leistungen.

4.4.2 Das gegenseitige Verständnis als zweites Element

Das zweite Element ist das *gegenseitige Verständnis*, welches als Folge von erfolgreichem Bemühen um Verstehen auf beiden Seiten eintritt und so eine besondere Qualität in der Beziehung hervorruft. Es kann als kognitives Verstehen einer Äusserung oder Handlung verstanden werden oder als erklärendes Verstehen, wenn die Motivation hinter einer Äusserung erfasst wird. Demnach hat Verstehen kognitive, emotionale, erklärende sowie deutende Komponente.

Verstehen bringt Auswirkungen auf das Handeln, den Inhalt und den Verlauf des professionellen Gesprächs mit sich. Bemühen sich beide Seiten um gegenseitiges Verständnis, so wird die Beziehungsqualität dadurch erhöht. Es ist demnach das Ergebnis eines Prozesses der Verständigung in Bezug auf ein Anliegen der Klientel (Schäfter, 2010, S.107). Verständigung mittels Kommunikation ist ein grundlegendes Bedürfnis. Menschen mit Hilfebedarf suchen Hilfe von Aussen auf, um von der Fachperson verstanden zu werden. Aus diesem Grund wird gegenseitiges Verständnis als zentrale Wirkung der Umsetzung der Arbeitsprinzipien gesehen. Die Aufgabe der Fachperson zeigt sich dahingehend, dass sie das Anliegen der Klientel versteht und sich klar ausdrückt, so dass diese sie versteht und ein Gespräch entstehen kann. Die Verstehensbemühungen und das Verstehen sind dabei nicht spiegelbildlich angelegt, denn die jeweiligen Rollen und Anliegen sind ausschlaggebend für den Inhalt oder das Ziel des Verstehens. Die Verwendung von Alltagssprache anstatt Fachausdrücken hilft der Klientel, die Ausführungen der Fachperson zu verstehen. Im Gespräch kann aber auch Ziel sein, dass die Klientel ein umfassendes Verständnis des eigenen Fühlens, Denkens und Handelns oder auch ein Verständnis für das Handeln anderer Systeme erhält (S.107-108).

Die reflexive, kontextbezogene Zuwendung als wichtigstes Arbeitsprinzip, stellt die Voraussetzung für das Verständnis der Fachperson des Bezugsrahmens der Klientel dar. Eine zugewandte Fachperson ermöglicht der Klientel, sich zu öffnen und von ihren Belastungen zu erzählen. Durch das Berichten von eigenen Erfahrungen entsprechend der selektiven, persönlichen Öffnung, kann Ähnlichkeit zwischen der Fachperson und der Klientel entstehen und so eine gemeinsame Verstehensbasis geschaffen werden. Die Klientel kann durch die Ressourcenorientierung die eigenen Kompetenzen und Fertigkeiten erkennen. Voraussetzung für das Verstehen stellen die Kompetenzen der Fachperson dar. So kann beispielsweise eine tragfähige Beziehung hergestellt werden, indem die Sozialpädagogin oder der Sozialpädagoge mittels den eigenen Kompetenzen die Gefühle der Klientel ausdrückt (Schäfter, 2010, S.108-109).

Fallvignette: Frau Wyss interessiert sich für die Erlebnisse von Herr Bucher und versucht diese zu verstehen. Sie wiedergibt das Verstandene in eigenen Worten, woraufhin Herr Bucher ihr dies bestätigt, ergänzt oder dem widerspricht. Frau Wyss passt die Sprache soweit an, dass er ihr folgen kann. Sie vermittelt zwischen Herr und Frau Bucher, um das gegenseitige Verständnis zu fördern.

4.4.3 Die wechselseitige Wertschätzung als drittes Element

Das dritte Element ist die *wechselseitige Wertschätzung*. Nach Rogers wird wechselseitige Wertschätzung als Beziehungsqualität beschrieben, die sich in einem respektvollen, achtenden Umgang von Fachperson und Klientel ausdrückt.

Das Ziel ist die Klientel so zu akzeptieren, wie sie/er sich zeigt. Mittels dieser Haltung kann die Klientel einfacher Vertrauen fassen, das eigene Selbst erkunden und unrichtige Äusserungen korrigieren. Dies zeigt den Zusammenhang der Haltung der Fachperson mit der Qualität der Beziehung (Rogers, 2004; zit. in Schäfter, 2010, S.109-110). Im professionellen Gespräch zeigt sich wechselseitige Wertschätzung in gegenseitiger Achtung und einem respektvollen Umgang miteinander. Diese geschieht meist als Ergebnis einer längeren, produktiven Zusammenarbeit. Wertschätzung stellt eine professionelle Bringschuld der Sozialpädagogin oder des Sozialpädagogen dar. Die Fachperson lädt die Klientel zu respektvollem Verhalten ein und kann so als Modell wirken. Bei der Klientel kann diese zu Beginn einer Zusammenarbeit nicht als Voraussetzung gelten, da die Wertschätzung sich unter anderem durch die Kompetenzpräsentation der Fachperson bildet. Die produktive Zusammenarbeit wird durch fehlende Wertschätzung von Seiten der Klientel verhindert (Schäfter, 2010, S.110-111).

Wechselseitige Wertschätzung und gegenseitiges Verständnis liegen nahe beieinander. Das Wissen um die Hintergründe der Schwierigkeiten ist notwendig, damit die Fachperson die Klientel wertschätzen kann. Demnach ist das Verständnis Voraussetzung für bedingungslose Wertschätzung. Wenn die Fachperson auf die Aussagen der Klientel negativ reagiert, kann sie die Wertschätzung nicht aufrechterhalten. Dies zeigt, dass die Wertschätzung auch Voraussetzung für Verständnis sein kann. In der Sozialen Arbeit muss Wertschätzung der Fachperson jedoch auch ohne Verständnis für die Situation möglich sein, da die Fachpersonen mit Verhalten konfrontiert werden, welches sie teilweise selbst verurteilen (Schäfter, 2010, S.111). Ihre Aufgabe besteht darin, der Klientel Achtung und Respekt entgegenzubringen und die Klientel nicht auf ihr Verhalten zu reduzieren. Im Hinblick auf die Arbeitsprinzipien wird Wertschätzung beim Arbeitsprinzip der Zuwendung deutlich, wenn kein Verständnis vorhanden ist. Die Fachperson benötigt für die persönliche Öffnung einen geschützten Rahmen. Dafür ist Wertschätzung von Seiten der Klientel notwendig. Falls diese Wertschätzung fehlt, ergibt sich so eine geringe Umsetzung dieses Arbeitsprinzips. Ressourcenorientierung und Wertschätzung liegen nahe beieinander, denn bei der gemeinsamen Ressourcensuche wird ihre wertschätzende Haltung ausgedrückt und so die wechselseitige Wertschätzung verstärkt. Die Kompetenzpräsentation ist zwingende Voraussetzung für die Wertschätzung der Klientel (S.112).

Die Wertschätzung der Klientel zeigt sich in ihrer Pünktlichkeit bei Terminen und dem Einhalten von Gesprächsregeln. Mittels der Techniken der Arbeitsprinzipien, wie der zugeneigten Körperhaltung oder der Sprachanpassung an die Situation, drückt die Fachperson ihre Wertschätzung aus. Rücksichtnahme und

Aufmerksamkeit sind wichtige Aspekte wechselseitiger Wertschätzung. Eine zynische Wortwahl, unaufmerksames Verhalten oder das Vergessen von Terminen sind Merkmale von fehlender Wertschätzung (Schäfter, 2010, S.112-113).

Fallvignette: Frau Wyss zeigt Herr und Frau Bucher mit ihrem Verhalten, dass sie es schätzt, dass sie zum Gespräch erschienen sind. Mittels Transparenz zeigt sie ihnen, welche geltenden Regeln herrschen und welche Zuständigkeiten sie von der Institution her erfüllen kann. Sie hört Herr und Frau Bucher aufmerksam zu, lässt sie ausreden und passt ihre Sprache den Gefühlen an.

4.4.4 Die gemeinsame Hoffnung als viertes Element

Das vierte Element ist die *gemeinsame Hoffnung*. Gemeinsame Hoffnung charakterisiert die Veränderungserwartung, welche das Ziel der Zusammenarbeit der Beteiligten darstellt. Das Bedürfnis des Menschen nach einer Verbesserung der schwierigen Situation ist ausschlaggebend. Die Lebensqualität kann durch eine hoffnungsvolle Haltung verbessert werden (Schäfter, 2010, S.113). Eine positive Grundstimmung durch die Auseinandersetzung mit der Zukunft wird Hoffnung genannt. In der Sozialen Arbeit zeigt sich dies in der Annahme, dass die aktuellen Herausforderungen in der Zukunft bewältigbar sind. Im Hinblick auf die Ressourcenorientierung ist Hoffnung nicht darauf abgezielt, dass die Klientel die Veränderung aus eigener Kraft in Angriff nimmt, sondern dass sich die Situation durch eine Veränderung der Wahrnehmung, des Verhaltens oder durch ausenstehende Hilfe verbessert. Positive wie auch negative Gefühle und Glaubenshaltungen können zwischen Menschen übertragen werden. Die Hoffnung der Fachperson wird dadurch bedeutsam. Von gemeinsamer Hoffnung kann gesprochen werden, wenn die Fachperson und die Klientel die Hoffnung auf eine Besserung der Situation teilen. Dadurch wird wiederum deutlich, dass eine tragfähige Beziehung das Ergebnis eines interaktiven, gemeinsamen Prozesses ist. Es ist Aufgabe der Fachperson, Hoffnung auf eine positive Veränderung in die Zusammenarbeit einzubringen, damit die Klientel damit angesteckt wird. Die gemeinsame Hoffnung ist die Grundlage für die Motivation, Veränderungen anzugehen und stellt somit die Aufgaben- und Entwicklungsorientierung dar (S.114). Hoffnung gibt den Angehörigen Kraft im Alltag. Fachpersonen der Sozialen Arbeit müssen sich deshalb auf ihre Wortwahl und ihr Verhalten achten, damit sie die Angehörigen nicht entmutigen (Schmid et al., 2005, S.276).

In Bezug auf die Arbeitsprinzipien trägt die reflexive, kontextbezogene Zuwendung dazu bei, eine emotionale Basis für gemeinsame Hoffnung zu schaffen. Die Zugewandtheit der Fachperson ermöglicht der Klientel, sich zu öffnen und ihre Sorgen zu benennen. Die selektive, persönliche Öffnung vermittelt der Klientel Sicherheit und intensiviert die Nähe zur Sozialpädagogin

oder zum Sozialpädagogen. Die Schilderung persönlicher Erfahrungen kann die Klientel dazu ermutigen, für ihre eigenen Schwierigkeiten ebenfalls einen Ausweg zu finden und Hoffnung zu schöpfen. Das Arbeitsprinzip der Ressourcenorientierung ist darauf ausgerichtet, Ressourcen zu finden, was die Veränderungserwartung und die Motivation steigert. Erleichterung und Hoffnung entstehen, wenn die Klientel auf eine kompetente Fachperson trifft (Schäfter, 2010, S.115). Die Beziehungsqualität der gemeinsamen Hoffnung kann sich nonverbal durch eine entspannte Körperhaltung oder Gesichtsausdruck als auch durch mehr Gestik und Fröhlichkeit zeigen. Verbal ist die Thematisierung von Gelingendem, Veränderungsideen und Zielen, Merkmal für die gemeinsame Hoffnung (Schäfter, 2010, S.115).

Fallvignette: Frau Wyss zeigt durch das Gespräch und das Nachfragen Herr und Frau Bucher auf, welche Ressourcen vorhanden sind. Sie kommuniziert Handlungsalternativen, welche sie für möglich hält und vermittelt ihnen so Hoffnung. Ausserdem drückt sie ihren Glauben aus, dass sich die Situation positiv verändern kann.

Die erläuterten Beziehungsqualitäten lassen sich in der Praxis nicht eindeutig voneinander unterscheiden und trennen, denn sie bedingen und verstärken sich gegenseitig. Diese Elemente können auf Seiten der Klientel nicht erzwungen werden, jedoch muss die Fachperson diese als Ziel einer gelingenden Zusammenarbeit anstreben. Die Phase der Zusammenarbeit ist nebst der individuellen Persönlichkeit mit den jeweiligen Charakterzügen ausschlaggebend dafür, welches Arbeitsprinzip eine höhere Wichtigkeit erfährt (Schäfter, 2010, S.116).

4.5 Die Bedürfnis- und motivorientierte Beziehungsgestaltung

4.5.1 Das Konzept

Das Konzept der bedürfnis- und motivorientierten Beziehungsgestaltung basiert gemäss Belz (2009) auf zwei Grundannahmen. Bei der ersten Annahme versuchen die Angehörigen die Befriedigung ihrer Pläne und Grundbedürfnisse zu erreichen. Dabei probieren sie, die Sozialpädagogin oder der Sozialpädagoge mit allen Mitteln zu einem Verhalten zu bringen, das zu ihren Vermeidungsplänen passt. Bei der zweiten Annahme versuchen Fachpersonen eine gute Basis für die inhaltliche Arbeit zu erreichen, indem sie im Gesprächskontext die wichtigsten zwischenmenschlichen Bedürfnisse zufrieden stellen. Je besser sich Angehörige in ihren Motiven verstanden und unterstützt fühlen, desto weniger müssen sie versuchen die Fachperson an unpassendem Verhalten zu hindern und gleichzeitig günstiges Verhalten herbeizuführen. Die Fachperson hat zudem mehr

Beziehungskredit, so dass sie die Angehörigen auch mit Unangenehmem motivieren kann. Angehörige zeigen teilweise ein Problemverhalten wie zum Beispiel defensives Verhalten, Widerstand oder Jammern. Dies ist der Ausdruck dafür, dass zu diesem Zeitpunkt wichtige Motive nicht erfüllt werden. Aus diesem Grund wird versucht, durch grösstmögliche Befriedigung der Motive das Problemverhalten zu beseitigen (S.87-88). Die Fachperson soll ausserdem unproblematische Motive unterstützen. Es sind zwei Prinzipien für den Umgang mit problematischen Verhaltensweisen zu nennen. Beim ersten Prinzip muss die Sozialpädagogin oder der Sozialpädagoge überlegen, welches akzeptable Motiv einem Problemverhalten zugrunde liegen könnte. Beim zweiten Prinzip sollen die akzeptablen Motive der Klientel so gut befriedigt werden, dass die Motivation für problematisches Verhalten wegfällt und somit Raum für die Problembearbeitung entsteht (S.88).

4.5.2 Handlungsanweisungen für die vier Grundbedürfnisse nach Grawe

Menschliches Verhalten ist Gemäss Klaus Grawe darauf ausgerichtet, die grundlegenden Bedürfnisse zu befriedigen. Das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle, das Bindungsbedürfnis, das Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung sowie das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung sind vier Grundbedürfnisse, welche er in diesem Zusammenhang nennt. Werden diese nicht erfüllt, so sind Spannungen die Folge, welche durch Gegenmassnahmen bekämpft werden. Dies zeigt die erste Annahme deutlich. Im Gespräch besteht jedoch die Möglichkeit, der Klientel bedürfnisbefriedigende Erfahrungen zu vermitteln. Daraus entsteht die Grundlage zur erfolgreichen Problembearbeitung, da die Motivation als auch die Bereitschaft der Klientel gefördert werden, was sich in der zweiten Annahme widerspiegelt (Klaus Grawe, 1998, 2004; zit. in Christoph Stucki & Klaus Grawe, 2007, S.18).

Die Fachperson soll die motivationalen Strukturen der Klientel erkennen, um so eine massgeschneiderte Beziehungsgestaltung zu ermöglichen. Dafür bestehen zwei diagnostische Zugänge, nämlich die Befragung der Klientel und die Erschliessung durch die Fachperson (Stucki & Grawe, 2007, S.18). Bei der direkten Befragung der Klientel können nur Motive in Erfahrung gebracht werden, welche die Klientel bei sich wahrnimmt (Grawe, 2004; zit. in Stucki & Grawe, 2007, S.19). Für die Erschliessung durch die Sozialpädagogin oder den Sozialpädagogen müssen die eigenen intuitiven Reaktionen der Fachperson wahrgenommen werden (Hansjörg Znoj, 2004; zit. in Stucki & Grawe, 2007, S.19). Die eigenen Reaktionen können der Fachperson helfen zu verstehen, welche Gefühle und Verhaltenstendenzen die Klientel bei anderen Personen bewirkt. Diese geben zusätzlich Rückschlüsse auf die motivationalen Ziele und Bedürfnisse der Klientel. Diese Wahrnehmungen werden auch Übertragungs- und

Gegenübertragungsprozesse genannt. Es besteht die Gefahr, dass die Fachperson dazu neigt, eigene wichtige Motive auch bei der Klientel als wichtig zu erachten oder dass eigene Beziehungsmuster die Wahrnehmung der Interaktionsprobleme der Klientel beeinflussen. Demnach wird die Wahrnehmung der Klientel von unterschiedlichen Aspekten bestimmt. Die Fachpersonen können sich im Rahmen von Selbsterfahrungen mit den eigenen Motiven und Beziehungsmustern auseinandersetzen (S.19-20). Die Handlungsanweisungen für die vier Grundbedürfnisse nach Grawe unterstützen Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen dabei, der Klientel bedürfnisbefriedigende Erfahrungen zu vermitteln (siehe Tabellen 1-4). Neben dem Inhalt spielt nonverbales und paraverbales Beziehungsverhalten eine Rolle (S.22).

1. Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle	
Do's	Dont's
Gesprächssitzung so transparent wie möglich gestalten, alles genau erklären	Als Fachperson alles selbst entscheiden
Klientel in alle Schritte und Entscheidungen des Vorgehens explizit miteinbeziehen	Als Fachperson Ziele vorgeben
Auf Anregungen, Vorschläge und Initiativen der Klientel eingehen	Sich nicht eindeutig und missverständlich ausdrücken

Tabelle 2: Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle (Quelle: stark modifiziert nach Stucki & Grawe, 2007, S.21)

Fallvignette: Frau Wyss teilt Herr und Frau Bucher zu Beginn des Gesprächs mit, wie lange das Gespräch dauert, welchen Inhalt das Gespräch haben und was die Fachperson mit dem Inhalt machen wird (Schweigepflicht). Herr und Frau Bucher werden beim weiteren Vorgehen miteinbezogen. Die Fachperson klärt ihre Bedürfnisse ab, wie oft ein solches Gespräch stattfinden und welchen Inhalt die Gespräche haben sollen. Herr Bucher soll die Möglichkeit erhalten, seine Ansichten zu präsentieren. Er soll benennen, was er für nötig hält. Die Vor- und Nachteile dieser Vorschläge oder Anregungen werden im Anschluss zusammen besprochen und entschieden wie es weiter geht. Die Fachperson spricht in einem warmen Tonfall, sitzt zu ihnen hingewandt und drückt sich in Mimik und Gestik wohlwollend aus.

Die Klientel erfährt ein Kontrollverlust, wenn sie/er trotz der eigenen Bemühungen scheitert. Klare Information und Transparenz über die Gesprächsstruktur unterstützen sie bei der Wiedererlangung von Kontrollgewinn (Weber, 2012, S.34).

2. Bedürfnis nach Bindung	
Do's	Dont's
Vermitteln, dass Nöte und Anliegen der Klientel bei der Fachperson gut aufgehoben sind	Klientel das Gefühl geben, sie/er sei Eine/r von Vielen
Verständnis und Wertschätzung ausdrücken	Kritisieren und abwerten
Aktiv zuhören	Nicht richtig zuhören, abgelenkt und ungeduldig sein

Tabelle 3: Bedürfnis nach Bindung (Quelle: stark modifiziert nach Stucki & Grawe, 2007, S.21)

Fallvignette: Frau Wyss verdeutlicht Herr und Frau Bucher, dass sie ihre Gefühle ausdrücken können. Sie vermittelt Interesse und macht deutlich, dass sie den Beiden gerne zuhört. Herrn Bucher soll zudem vermittelt werden, dass die Fachperson die Belastungen würdigt und sie Verständnis für seine Situation hat. Frau Wyss hört Herr und Frau Bucher bei all ihren Erzählungen zu, nickt zustimmend und paraphrasiert, um Gehörtes in eigenen Worten zu wiedergeben, damit das Gegenüber auch wirklich verstanden wird.

3. Bedürfnis nach positivem Selbstwert	
Do's	Dont's
Sich für die Klientel interessieren	Wenig Interesse für Klientel zeigen
Loben und Komplimente machen	Kritisieren und abwerten
Erfolge verstärken	Rollengefälle betonen

Tabelle 4: Bedürfnis nach positivem Selbstwert (Quelle: stark modifiziert nach Stucki & Grawe, 2007, S.21)

Fallvignette: Frau Wyss hört Herr und Frau Bucher zu und fragt nach, damit sie sich ein Bild vom Erzählten machen kann. Sie versucht ihr Wohlbefinden zu ergründen und die Alltagssituation von Herr Bucher zu erfahren. Die Fachperson wertschätzt die geleistete Arbeit von Herr Bucher und zeigt ihm dabei auf, was er alles gut gemacht hat. Wenn Verhaltensänderungen bereits eingetroffen oder Erkenntnisse geschehen sind, würdigt Frau Wyss diese und zeigt Herr und Frau Bucher zusätzlich auf, dass es sich lohnt, daran zu arbeiten.

Mittels Erfolgserlebnissen sieht sich die Klientel wieder in der Lage, die täglichen Anforderungen anzugehen. Dadurch werden positive Gefühle ausgelöst und das Selbstwertgefühl gestärkt. Die infolgedessen entstehende Wertschätzung und das Engagement sind beste Voraussetzungen für die Kooperation der beiden Parteien. Scham und Kränkung sind Folgen, wenn Menschen feststellen, dass sie

für ihre aktuellen Probleme Hilfe benötigen. Der Klientel muss für den Mut, über die eigenen Schwierigkeiten zu sprechen, Wertschätzung entgegengebracht werden (Weber, 2012, S.34).

4. Bedürfnis nach Wohlbefinden und angenehmen Erfahrungen	
Do's	Dont's
Positive Gefühle erleben lassen	Nur negative Gefühle erleben lassen
Entspannen	Unter Druck setzen
Gemeinsam lachen, freundliches Lächeln, entspannte Mimik	Gelangweilter Gesichtsausdruck, monotone Stimme, auf die Uhr schauen

Tabelle 5: Bedürfnis nach Wohlbefinden und angenehmen Erfahrungen (Quelle: leicht modifiziert nach Stucki & Grawe, 2007, S.22)

Fallvignette: Frau Wyss vermittelt Herr und Frau Bucher ein Gefühl von Sicherheit und empfängt sie offen. So soll nicht noch mehr Verängstigung, Scham oder Schuldgefühle vermittelt werden. Sie bietet ihnen Unterstützung, falls belastende Themen auftauchen. Mit offenen Fragen erfährt die Fachperson die aktuelle Situation und zeigt Herr Bucher auf, dass seine Frau in der Institution in guten Händen ist. Im Gespräch soll Humor nicht vergessen gehen und es soll über Erreichtes gelacht werden. Frau Wyss geht mit einer ruhigen Haltung interessiert auf Herr und Frau Bucher zu und nimmt sich Zeit für sie.

Eine motivorientierte Beziehungsgestaltung ist mehr als nur eine wertschätzende und empathische Grundhaltung. Das individuelle Zuschneiden auf die Klientel führt dazu, dass der Anspruch auf Wertschätzung und Empathie umgesetzt und die Beziehungsgestaltung individueller und authentischer gestaltet wird. Durch den Fokus auf die Motive anstelle der interaktionellen Besonderheiten wird eine angenehmere Zusammenarbeit erreicht (Belz, 2009, S.90). Dieses Konzept erachtet die Autorenschaft als sehr passend für die Fragestellung. Die Aussage, dass eine hilfreiche Beziehung durch die Erfüllung der Motive schneller erreicht werden kann, erscheint ihnen plausibel. Die Fachperson konzentriert sich so auf das Individuum mit seinen eigenen Bedürfnissen und Motiven, welche versucht werden zu ergründen, damit der Veränderungsprozess vorangetrieben werden kann.

4.6 Herausforderungen für die Fachpersonen

4.6.1 Das Spannungsfeld von Nähe und Distanz

Ein tragfähiger Beziehungsaufbau und belastbare Beziehungsqualitäten zwischen Klientel und Fachpersonen werden laut Irma Jansen (2011) für den Hilfeprozess

vorausgesetzt. Eine der schwierigsten und anspruchsvollsten Herausforderungen stellt dabei die Herstellung von Kontakt und Beziehung in diesem Zusammenhang dar. Dies durch das Spannungsfeld der Nähe und Distanz (S.55). Im sozialpädagogischen Arbeitsfeld gilt die Vermittlung von Nähe und Distanz als unausweichliche Aufgabe. Fachpersonen der Sozialen Arbeit müssen sich auf persönliche, emotional geprägte und nur begrenzt steuerbare Beziehungen einlassen und zusätzlich die formalen Berufsrollen kompetent ausfüllen (Margret Dörr & Burkhard Müller, 2012, S.9). Diese Balance zwischen Nähe und Distanz ist sehr anspruchsvoll und stellt tägliche Herausforderungen an das Fachpersonal (Michael Tetzer, 2009, S.108). Professionelle Arbeitsbeziehungen können dabei intimer sein als jede private Beziehung und zugleich distanzierter als die meisten funktionalen Beziehungen (Burkhard Müller, 2012, S.154). Der BK von Avenir Social (2010) unterstützt diese Aussagen so: „Die Professionellen der Sozialen Arbeit achten bei aller beruflichen Routine darauf, durch reflektierte und zugleich kontrollierte empathische Zuwendung die Persönlichkeit und Not des oder der Anderen eingehend wahrzunehmen und sich gleichwohl gebührend abzugrenzen“ (BK 12.1, S.12).

4.6.2 Die Verhinderung von willkürlicher Machtausübung

Die Fachpersonen müssen gemäss Rosemann und Konrad (2011) ausserdem darauf achten, dass sie nicht willkürlich Macht ausüben. Je persönlicher, konstanter oder exklusiver die Beziehung zwischen der Fachperson und der Klientel wird, desto mehr besteht die Gefahr alltäglicher Grauzonen. Gründe dafür sind die unabsichtliche Übertretung der Grenzen und die zu seltene Reflexion. Die Institutionen sind deshalb dafür verantwortlich, Strukturen zu schaffen, die Willkür und persönliche Abhängigkeit vermeiden. Regelmässige Gespräche der Klientel mit Dritten aus dem Hilfesystem oder anderen Fachpersonen, als auch Intervisionen im Team, bilden Möglichkeiten für die Strukturschaffung (S.212). Der BK von Avenir Social (2010) verdeutlicht diese Aussage folgendermassen: „Die Professionellen der Sozialen Arbeit gehen verantwortungsvoll mit dem Machtgefälle zwischen ihnen und ihrer Klientinnen und Klienten um und sind sich der Grenzen ihrer eigenen Kompetenzen bewusst“ (BK 11.3, S.11).

4.6.3 Fehlende kognitive, soziale und institutionelle Schlüsselkompetenzen

Professionelles Handeln ist wertgeleitetes Handeln. Die Auseinandersetzung mit persönlichen, beruflichen und gesellschaftlichen Werten und Normen ist für Fachpersonen der Sozialen Arbeit notwendig. Die Anspruchsklä rung der Fachpersonen an das berufliche Handeln sowie die Herausbildung eines

individuellen professionellen Habitus werden durch diese Auseinandersetzung erreicht (Hiltrud von Spiegel, 2013, S.83).

Berufs- und aufgabenunabhängige Schlüsselkompetenzen werden als Voraussetzung für die qualifizierte Tätigkeit genannt. Dies sind beispielsweise Fähigkeiten der Kommunikation, in Konfliktsituationen oder im Team. Interesse, Flexibilität oder ganzheitliches Denken sind zusätzliche Kompetenzen, welche Fachpersonen erfüllen sollten (Annemarie Cordes, 1997; zit. in von Spiegel, 2013, S.73). Während und nach der Ausbildung wird die Fähigkeit des Aufbaus einer einfühlenden Beziehung gefordert, jedoch kaum vermittelt oder geübt. Unklare Aufgabenstellungen verhindern empathische Beziehungen. Dies führt zur Verunsicherung von Fachpersonen, welche darauffolgend Vermeidungsstrategien anwenden. Vermeidungsstrategien zeigen sich als floskelhafte Kommunikation, der Konzentration auf die eigenen Fähigkeiten oder dem Rückzug auf bewohnerferne Tätigkeiten (Rosemann & Konrad, 2011, S.210).

4.6.4 Kritische Situationen im Team

Fehlender Austausch und Zusammenhalt, zu viel Konkurrenz und Machtkämpfe, als auch der Start eines neu zusammengestellten Teams sind kritische Situationen. Zeigt sich Ersteres, so folgt ein Klima der Passivität und somit ein reduzierteres Tempo, möglichst wenig oder gar kein Kontakt zu den anderen Teammitgliedern. Ausserdem werden Probleme erklärt anstatt gelöst (Thomas Fritzsche, Annette Fürst & Elke Rathsfeld, 2014, S.140-141). Ein Übermass an Konkurrenz und Machtkämpfen zeigt eine weitere Situation. Dies zum Beispiel dadurch, dass sich ein neues Team inmitten der Teamentwicklung befindet und sich jede Person so gut wie möglich darstellen will (S.150). Ständige Weiterentwicklungen haben immer wieder neue Teamkonstellationen zur Folge. Teammitglieder müssen sich gegenseitig kennenlernen können und sich miteinander vertraut machen, damit ein guter gemeinsamer Start erfolgen kann (S.159).

Daraus folgen Grundbedingungen für eine wirkungsvolle Teamarbeit, damit ein möglichst hohes Ausmass an Stimmigkeit erreicht werden kann. Gemeinsam geteilte Ziele und Regeln, eine kooperative Kommunikationskultur oder klar benannte Entscheidungsbefugnisse sind Beispiele dieser Grundbedingungen. Konflikte sollen ausserdem konstruktiv bearbeitet werden, indem sie offen angesprochen werden (Gunda Schlichte, 2015, S.134). Der BK von Avenir Social (2010) merkt dazu an: „Professionelle der Sozialen Arbeit pflegen unter sich kollegiale Beziehungen, welche von Ehrlichkeit und Respekt geprägt sind“ (BK 15.4, S.13).

Auf das Leistungsverhalten haben Teamkultur und Teamklima einen direkten Einfluss. Nach Dave Francis und Don Young sind fünf Aspekte für ein erfolgreiches Team bedeutsam.

1. „*Leistung*“: Die Leistungen eines funktionierenden Teams überragen die Summe der Einzelbegabungen.
2. „*Ziele*“: Ein gemeinsam getragenes Hauptziel wird den persönlichen Zielen übergeordnet.
3. „*Dynamik*“: Die Kraft und Motivation der Fachpersonen wird durch die Arbeit am gemeinsamen Ziel immer wieder neu belebt. Der gegenseitige Ansporn führt dazu, dass sie sich in der Gemeinschaft wohl fühlen.
4. „*Struktur*“: Flexibilität, Einfühlsamkeit, Methodik und Zielorientierung sind Merkmale eines starken Teams.
5. „*Klima*“: Probleme und Hindernisse werden durch Vertrauen untereinander offen diskutiert, die Risiken gemeinsam ausgehalten und das Vorgehen miteinander ausgearbeitet (Francis & Young, 2007; zit. in Fritzsche et al., 2014, S.139-140).

Da in einem gemeindepsychiatrischen Wohnheim viele verschiedene Berufsgruppen anzutreffen sind und so sehr unterschiedliche Zugangswege zu der Klientel herrschen, ist die Umsetzung dieser fünf Aspekte eine zusätzliche Herausforderung. Eine gute Teamarbeit erhält dadurch eine noch grössere Bedeutung (Rosemann & Konrad, 2011, S.208). Vorteile der Teamarbeit zeigen sich für die Klientel bei der verminderten Abhängigkeit der einzelnen Person, dem Profit aus verschiedenem Fachwissen, der Wahlmöglichkeiten sowie der gewährleisteten Kontinuität in der Begleitung (Schlichte, 2015, S.126-127).

Diese Ausführungen zeigen auf, dass die Beziehung nicht nur von der Interaktion mit der Klientel, sondern von weiteren Faktoren abhängt. Teamarbeit nimmt dabei eine wichtige Grösse ein, auf die die Institution achten muss, damit die bestmögliche Leistung erfolgen kann. Die individuellen Fähigkeiten der Fachpersonen sollen sich gegenseitig ergänzen. Der Nähe-Distanz-Thematik müssen sich Fachpersonen ständig bewusst sein. Sie sollen ihr Handeln stets reflektieren und sich im Team austauschen. Die Grenzziehung ist Sache der Fachpersonen und Ausdruck für Professionalität. Das interdisziplinäre Team soll als Chance angesehen und in die Institutionsstruktur eingebettet werden. Falls dieser Thematik keine Beachtung geschenkt wird, so kann das Arbeitsbündnis und somit die Beziehung zu den Angehörigen und Betroffenen behindert werden. Die Kompetenzen der Fachperson kommen so zu wenig zum Vorschein, da sie sich nebst der Zusammenarbeit womöglich auf andere Dinge konzentriert.

4.7 Zwischenresümee

Es wurde ersichtlich, dass die Beziehung einen wichtigen Faktor für den Erfolg des Gesprächs darstellt. Sie kann mittels verschiedener Grundsätze und Herangehensweisen beeinflusst und verändert werden. Die Gesamtsituation der Klientel steht im Vordergrund und die Klientel wird bei der Bewältigung ihrer Schwierigkeiten und bei der eigenen Entwicklung unterstützt. Mittels wiederholter Interaktionen und dieser zielgerichteten Sichtweise werden Veränderungsprozesse angeregt. Damit diese möglichst positiv verlaufen, sind die Beziehungsvariablen nach Rogers grundlegend. Mittels Zuwendung, Vertraulichkeit, Wertschätzung und Hoffnung kann sich die Klientel öffnen und die vorhandenen Ressourcen eher erschliessen. Die Fachperson unterstützt diesen Prozess mithilfe einer wohlwollenden, interessierten und reflektierten Haltung und ihrem Fachwissen erheblich. Für die Erreichung des Ziels einer hilfreichen Zusammenarbeit, kommt der Qualität der Beziehung eine grosse Bedeutung zu. Dadurch, dass die Fachperson versucht, die Motive der Klientel zu ergründen und zu erfüllen, entsteht Vertrauen und mehr Zeit für die Problembearbeitung. Nebst diesem Bewusstsein gibt es jedoch auch weitere Faktoren, welche eine Beziehung negativ oder positiv beeinflussen können. Die Fachperson selbst stellt demnach eine wichtige Einflussgrösse dar, denn sie kann mittels Schlüsselkompetenzen die Gestaltung der Arbeit lenken. Die Wichtigkeit der Teamarbeit zeigt sich, indem eine grössere Reflexion, ein besserer Austausch und das gemeinsame Arbeiten an einem Fall erfolgen können.

In Bezug zur Fragestellung zeigt sich hier klar, dass die Beziehung eine Voraussetzung für eine hilfreiche Zusammenarbeit mit Angehörigen darstellt. Die Autorinnen haben mittels einer Fallvignette versucht, die theoretischen Aspekte anhand eines Praxisbeispiels durchzuspielen. Dies zeigt sich zum Beispiel in der Umsetzung der Schlüsselkompetenz „Interesse zeigen“. Die Fachperson begegnet der Klientel mit einer empathischen Haltung und geht auf deren Gefühle ein. Sie stellt Fragen, damit sie das Erzählte einordnen und nachvollziehen kann. Mittels Mimik, Gestik und der Körperhaltung verdeutlicht sie ihr Interesse zusätzlich.

5 Die Gesprächsgestaltung zwischen Angehörigen und Fachpersonen

Im folgenden Kapitel werden das Gesprächssetting sowie die unterschiedlichen Techniken und Methoden vorgestellt, welche aufzeigen, wie die oben beschriebene Beziehungsgestaltung umgesetzt wird. Aspekte des Widerstands werden daraufhin erläutert, um aufzuzeigen, wie Fachpersonen der Sozialen Arbeit dabei reagieren können.

5.1 Das Angehörigengespräch

Ein wesentlicher Bestandteil, um überhaupt mit Menschen in Kontakt zu treten und die Beziehung gestalten zu können, ist das Gespräch (Widulle, 2012, S.27). Gespräch meint gemäss Hartmut Häcker und Friedrich Dorsch (2009):

derjenige zwischenmenschliche Kontakt, bei dem über das Sprechen, Hören, Verstehen eine Begegnung, Verständigung und wechselseitige Einwirkung erzielt wird. Die Einwirkung kann z.B. Beeinflussung zum Zweck der Befolgung eines Rates oder auch das Aktivieren der Einsicht eines Gesprächspartners sein. (S.362)

Das Gespräch zwischen der Fachperson, den Angehörigen und den Betroffenen findet durch das Angehörigengespräch statt. Dieses wird als methodisches Handeln verstanden, mit dem Wissen vermittelt wird, Probleme gelöst, Unterstützung und Entlastung geboten als auch Krisen und Konflikte vermieden und überwunden werden (Widulle, 2012, S.30). Die gemeinsamen Gespräche haben einen unschätzbar hohen Wert, aus Gründen, die in Kapitel 3.4.1 genannt wurden. Laut Bull & Poppe (2015) sind die Gespräche aber auch entscheidend, wenn Betroffene später bei den Angehörigen weiterleben möchten (S.29). Die Angehörigengespräche beinhalten Standort- und Austauschgespräche, die Klärung von Fragen zum aktuellen Stand, Informationen über Abläufe, den Verlauf und die Befindlichkeit der Klientel sowie persönliche Themen wie Schuldgefühle und Verunsicherungen (S.25). Daneben soll aber auch die persönliche Beziehung zwischen den Angehörigen, den Betroffenen und der Fachperson stabilisiert und mehr Sicherheit im Umgang erlangt werden (Assion et al., 2013, S.283). Je nach Situation und Problemstellung finden die Angehörigengespräche in Form von Informations-, Beratungs- und/oder Konfliktgesprächen statt (Widulle, 2012, S.166).

5.1.1 Das Informationsgespräch

Das *Informationsgespräch* dient dem Austausch und dem Vermitteln von wichtigen Informationen (Thomas Steiger & Eric Lippmann, 1999; zit. in Widulle, 2012, S.40). Durch sie kann relevantes Wissen weitergegeben und Optionen

aufgezeigt werden (S.194). Möglich sind Informationsgespräche über beraterische, pädagogische, sachliche oder institutionelle Dienstleistungen (S.194). Gemäss Steiger und Lippmann werden durch die Informationen, Bedürfnisse von Planung, Steuerung, Koordinierung und Entscheidungsfindung erfüllt. Sicherheit und Orientierung werden ausserdem befriedigt und Kontakte geschaffen (Steiger & Lippmann 1999; zit. in Widulle, 2012, S.195). Unter dem Informationsgespräch mit Angehörigen verstehen die Autorinnen beispielsweise die Weitergabe von Informationen über Angebote zur Selbstfürsorge oder über Abläufe im Wohnheim.

5.1.2 Das Beratungsgespräch

Das Beratungsgespräch meint die Art von Kommunikation, die zwischen mindestens zwei Personen stattfindet und es eine beratende und eine ratsuchende Person gibt. Die beratende Person versucht durch kommunikative Mittel die ratsuchende Person in ihrer Problemlage zu unterstützen und Lösungsstrategien zu entwickeln (Ursel Sickendiek, Frank Engel & Frank Nestmann, 2008, S.13-14). Diese setzt sich die Problemlösung oder die Lösungsannäherung zum Ziel (Renate Zwicker-Pelzer, 2010, S.13). Rat geben wird dann nicht im Sinne von vorgefertigten Lösungen verstanden, sondern indem die Lösungen mit vorhandenen Strukturen und Ressourcen erarbeitet werden. Sie sucht Möglichkeiten, die Hilfe zur Selbsthilfe zu aktivieren und trägt so zum gelingenden Umgang mit alltäglichen Herausforderungen der Lebensumwelt bei (Weber, 2012, S.11). In der Sozialen Arbeit kann die Beratung auf zwei verschiedene Weisen verstanden werden. Einerseits ist sie eine eigenständige Methode, die in Beratungseinrichtungen praktiziert wird. Andererseits ist sie eine Querschnittsmethode, die in verschiedenen Unterstützungsformen wie in der Einzelfall- oder auch in der Familienhilfe vorkommt und sich durch die Interaktion zwischen den Fachpersonen und den Ratsuchenden zeigt (Sickendiek et al., 2008, S.13-14). Die Autorinnen verstehen unter dem Beratungsgespräch Themen wie die Problem- und Bewältigungsstrategien oder Belastungen, die sich direkt oder indirekt auf die Familie auswirken (Sickendiek et al., 2008, S.101).

5.1.3 Das Konfliktgespräch

Das Konfliktgespräch ist nach Friedrich Glasl (2013) die Interaktion zwischen Individuen, Gruppen oder Organisationen, wobei mindestens ein Akteur oder eine Akteurin Unvereinbarkeiten im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und im Wollen mit einem anderen Akteur oder einer anderen Akteurin erlebt (S.17). Das Konfliktgespräch kann dabei einen präventiven oder kurativen Charakter aufweisen. Bei einem präventiven Konfliktgespräch soll das Ausbrechen oder die Eskalation eines Konfliktes verhindert werden (S.315). Das kurative

Konfliktgespräch besteht, wenn bereits ein Konflikt vorhanden ist, der gelöst oder begrenzt werden soll (S.316). Es gibt viele verschiedene Arten von Konflikten. Konfliktgespräche mit Angehörigen können nach der Autorenschaft auftreten, wenn beispielsweise die Dringlichkeit oder Wichtigkeit eines Themas anders eingeschätzt wird oder wenn ein Vertrauensmissbrauch besteht.

5.1.4 Methoden und Konzepte für das Angehörigengespräch

Je nach Setting und Gesprächsform werden verschiedene Methoden aus unterschiedlichen Ansätzen angewendet. Dabei gibt es nicht eine gültige Sichtweise, die zum Einsatz kommen kann, sondern es werden verschiedene Methoden miteinander kombiniert. Das Gespräch ist demnach multiperspektivisch (Sickendiek et al., 2008, S.135). Laut Sickendiek, Engel und Nestmann (2008) ist eine Methode „eine bewusst und geplant eingesetzte, häufig bereits erprobte Handlungsweise, mit der ein bestimmtes Ziel erreicht werden soll“ (S.133).

Charles J. Gelso und Bruce R. Fretz unterscheiden vier Ebenen von Methoden (Gelso & Fretz, 1992; zit. in Sickendiek, et al., 2008, S.145). Diese sollen im Folgenden kurz aufgezeigt werden, um zu verstehen, wie breit das Methodenspektrum ist, das auch bei einem Angehörigengespräch genutzt werden kann. Auf der ersten Ebene steht das nonverbale Verhalten der Klientel. Dazu zählen die Mimik, die Körpersprache, Augenbewegungen, Berührungen und das Schweigen. Das nonverbale Verhalten beeinflusst das Gespräch dahingehend, dass dadurch verschiedene Signale wie Interesse, Belustigung oder Langeweile ausgesendet werden können (S.143-144). Auf der zweiten Ebene ist das verbale Verhalten, welches den Grossteil in einer Gesprächssituation ausmacht (Sickendiek et al., 2008, S.145). Sie fasst verschiedene verbale Aktionen zusammen. Dazu zählen unter anderem Paraphrasieren, verschiedene Fragetechniken wie offene und geschlossene Fragen, aktives Zuhören, Interpretationen, Konfrontation und das Bereitstellen von Informationen (Gelso & Fretz, 1992; zit. in Sickendiek et al., 2008, S.146-147). Auf der dritten Ebene ist das verdeckte Verhalten. Es kann verstanden werden als verbales und nicht verbales Handeln, welches durch das Denken und Handeln sowie Pläne und Absichten beeinflusst wird (S.150-151). Auf der vierten Ebene befinden sich die spezifischen Konzepte und Theorien, die die Vorgehensweise des Gesprächs beeinflussen (Sickendiek et al., 2008, S.151).

Konzepte die nach Erachten der Autorenschaft für das Gespräch mit Angehörigen zentral sind, sind die Lebenswelt- und Alltagsorientierung, die Ressourcenorientierung und die personenzentrierte Gesprächsführung. *Die Lebenswelt- und Alltagsorientierung* betrachtet das Individuum in seiner intersubjektiven und alltäglichen Lebenswelt. Das heisst, dass Probleme dort

aufgegriffen werden, wo sie sich zeigen, und Ressourcen genutzt werden, die vorhanden sind. Ziel dabei ist der gelingende Alltag. Zentrale Aspekte für das Gespräch sind die Akzeptanz der Lebenswelt der anderen Person, die Ressourcensensibilisierung und die alltagsnahe Gestaltung des Raumes (Effinghausen, 2014, S.76-77). Beim *personenzentrierten Ansatz* wird die Klientel befähigt, sich mit neuen Betrachtungsweisen und Wegen selbst auseinanderzusetzen, ohne dass die Fachperson Ratschläge oder vorgefertigte Lösungen anbietet. Das Ziel dabei ist, dass die Klientel auch mit künftigen Problemen besser fertig werden (Sabine Weinberger, 2011, S.33). Das wesentliche Prinzip dieses Ansatzes ist also die Hilfe zur Selbsthilfe. Zu den Methoden gehören die in Kapitel 4.1 ausformulierten Beziehungsvariablen von Carl Rogers, Kongruenz, Akzeptanz und Echtheit (Weinberger, 2011, S.35). *Der Ressourcenorientierte Ansatz* wurde ebenfalls in Kapitel 4.2.3 genauer ausgeführt.

5.2 Strukturbedingungen für Angehörigengespräche

Institutionen der Sozialen Arbeit stehen immer in einem gesetzlichen Rahmen. Sie haben organisationale Vorgaben wie Gesetze, Verordnungen und Richtlinien. Diese müssen die Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen stets mitbedenken (Bosshard et al., 2013, S.391). Gemeindepsychiatrische Wohnheime haben bezüglich den Angehörigen nicht den Auftrag ganze Familiensysteme zu ändern, sondern mit ihnen zusammen Bedingungen und Ziele zu erarbeiten, um eine Stabilisierung, Verbesserung oder Änderung der Situation der Betroffenen zu ermöglichen und gleichzeitig die Angehörigen zu unterstützen, zu stärken und ihre Interessen wahrzunehmen. Bezogen auf diesen Auftrag ist es sinnvoll, wenn Angehörigengespräche in regelmässigen Abständen geführt werden (Widulle, 2012, S.162). Gespräche in einem Wohnheim finden meistens zwischen Tür und Angel statt. Wenn aber Angehörige in Form von Beratung miteinbezogen werden, ist es sinnvoll, das Gespräch in einer vertrauensvollen Umgebung und einer ruhigen Atmosphäre, wie einem Büro oder einem Beratungszimmer durchzuführen (Zwicker-Pelzer, 2010, S.84). Die Ziele des Gesprächs orientieren sich dabei an den Bedürfnissen und Wünschen der Teilnehmenden und den dringend zu besprechenden Themen der Fachperson (S.30). Das Angehörigengespräch benötigt eine gute Vorbereitung und ein strukturiertes Vorgehen (S.29). Die Fachperson, die das Gespräch führt, übernimmt dabei die Aufgabe der Leitung und Strukturierung des Gesprächs (Widulle, 2012, S.74). Nach aktuellem Wissensstand der Autorinnen finden die Angehörigengespräche immer im Beisein der Klientel statt.

Bevor das Gespräch in die erste Phase startet muss allerdings geklärt sein, ob die Klientel mit dem Gespräch einverstanden ist und was besprochen werden darf

und soll. Des Weiteren soll klar sein, wer an dem Gespräch teilnehmen wird und welche Ziele mit dem Gespräch verfolgt werden (Bull & Poppe, 2015, S.31-32).

5.3 Gesprächsverlauf und methodisches Vorgehen

Gespräche sind nicht immer planbar, trotzdem verlaufen sie nach typischen Grundmustern und Strukturen ab. Es ist deshalb nützlich, einen idealtypischen Gesprächsablauf als Leitfaden und Orientierung vor Augen zu haben (Karl Benien, 2007, S.46). Das Allgemeine Gesprächsphasenkonzept von Benien (2007) ist neben der Vor- und Nachbereitung in fünf Phasen unterteilt (S.47). Die Autorinnen haben sich für dieses Modell entschieden, da es auf verschiedene Gespräche, wie das Angehörigengespräch in Form von Informationsgesprächen, Beratungsgesprächen und Konfliktgesprächen adaptiert werden kann. In Bezug auf die Fallvignette findet das Gespräch hier in einer Mischform von Informations- und Beratungsgespräch zwischen der Betroffenen Frau Bucher, ihrem Partner Herr Bucher und der fallführenden Sozialpädagogin Frau Wyss statt.

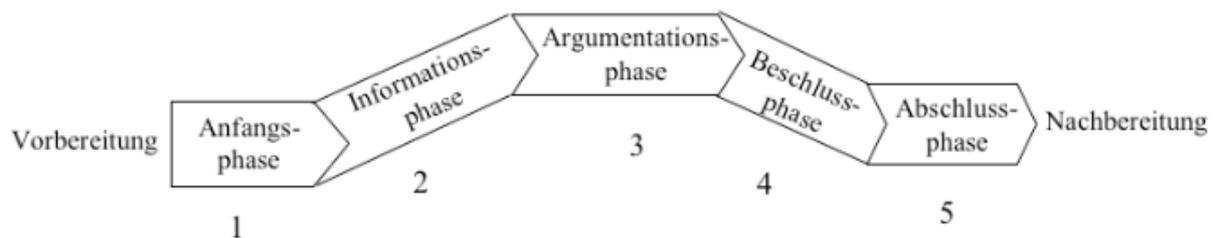


Abbildung 2: Allgemeines Gesprächsphasenkonzept (Quelle: Benien, 2007, S.47)

5.3.1 Anfangsphase

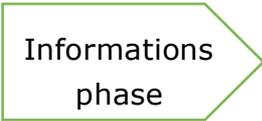
In der Anfangsphase geht es um die Kontakt- und Situationsklärung. Dabei soll die Beziehung hergestellt und die aktuelle Situation angesprochen werden. Für die Beziehungsgestaltung ist es wichtig, zuerst das Befinden der zu Beratenden wahrzunehmen und zu würdigen. Danach sollten Vorstellungen, Erwartungen und Befürchtungen zum Ausdruck gebracht werden, damit Vertrauen aufgebaut und die erste Basis für den Beginn des Gesprächs gelegt werden kann. In einem weiteren Schritt geht es um das Arbeitsbündnis für das Gespräch. Dabei müssen die Rahmenbedingungen und die Kooperationsgrundlagen geklärt werden (Benien, 2007, S.262). Es geht aber nicht nur um Fragen wie „wann, wo und wie lange“, sondern auch um die Frage „wie“. Am Ende der Kontakt- und Situationsklärung sollte alles ausgesprochen und geklärt sein, was für die Gesprächsvoraussetzung wichtig ist. Diese Phase ist wichtig, da sie den Grundstein für das professionelle Gespräch legt und spätere Enttäuschungen und Missverständnisse verhindert. Es sollte deshalb nicht vorschnell in die

Informationsphase eingestiegen werden (Christoph Thomann & Friedemann Schulz von Thun, 2014, S.41).

Anstelle von einem unmittelbaren Themenbeginn, kann es je nach Art des Gesprächs Sinn machen, als Einstiegsfrage über aktuelle Tagesgeschehen oder das Wetter zu sprechen (Bosshard et al., 2013, S. 382). Danach sollten Erwartungen, Wünsche und Befürchtungen durch offene und geschlossene Fragen geklärt werden. Bei der Beantwortung der Fragen, sollten die Fachpersonen aktiv zuhören, versuchen zu verstehen und auf Widerstände durch Verhandeln real eingehen. Für die Kontextklärung müssen die Sozialarbeitenden die Ansprüche und Grenzen klar einbringen und vertreten (Thomann & Schulz von Thun, 2014, S.41-42). In dieser Phase ist die offene und unvoreingenommene Haltung besonders wichtig (Hochuli-Freund & Stotz, 2015, S. 156).

Fallvignette: Herr und Frau Bucher kommen zu einem der regelmässig vereinbarten Angehörigengespräche. Die Sozialpädagogin Frau Wyss begrüsst beide vor dem Beratungszimmer und bittet sie nach einem kurzen Gespräch über Alltägliches, Platz zu nehmen. Um eine vertrauensvolle Umgebung zu schaffen, bietet sie Herr und Frau Bucher etwas zu trinken an. Frau Wyss nimmt eine offene Haltung ein und bedankt sich zum Einstieg des Gesprächs für das Kommen. Danach fragt sie Herrn und Frau Bucher wie es ihnen geht und erkundet sich über die Erwartungen an das heutige Gespräch und welche Themenschwerpunkte besprochen werden müssen. Die Fachperson lässt den Beiden dafür genügend Zeit, damit alles Wichtige gesagt werden kann. Danach teilt Frau Wyss mit, welche Inhalte ihrerseits besprochen werden müssen und wie viel Zeit dafür benötigt wird. Sie kommuniziert zudem in welchem zeitlichen Rahmen das Gespräch stattfindet und was durch die Rahmenbedingungen der Institution geschehen kann und was nicht.

5.3.2 Informationsphase

 Wenn die Grundlagen und Rahmenbedingungen für das Gespräch geklärt und das Vertrauen aufgebaut sind, liegt der Schwerpunkt der Informationsphase in der Themenfindung. In einem ersten Schritt werden dazu alle Anliegen gesammelt und für die Bearbeitung strukturiert (Benien, 2007, S.176). Die Fachperson versucht genau zuzuhören und die Situation zu verstehen. Wenn alles Wichtige verstanden wurde, wird die Interaktion unterbunden. Dadurch werden nicht vorschnell Lösungen gesucht. Sind die Themen bereits vor dem Gespräch klar, sollten diese nochmals benannt und durch neue Themen ergänzt werden (Widulle, 2012, S.75). Störungen, wie Ängste oder Konflikte haben dabei immer Vorrang und müssen zum Thema gemacht werden. Wenn alle Anwesenden sich über die Themen einigen konnten, bilden diese inhaltlich den roten Faden für die weiteren

Phasen. Die Themen sollten anhand ihrer Wichtigkeit und Dringlichkeit bearbeitet werden (Benien, 2007, S.263-264). Falls es zu keiner Einigung kommen sollte, könnte gerade dies zum Thema gemacht werden (Thomann & Schulz von Thun, 2014, S.43-44).

Zu Beginn sollte das Gespräch frei und offen verlaufen, um den Klienten, die Klientin zum Erzählen zu ermuntern. Die Fachperson nimmt sich dabei zurück, aber ist trotzdem durch aktives Zuhören und geduldiges Verstehen anwesend. Dafür werden offene Fragen über die Anliegen jeder einzelnen Person gestellt, die es den Beteiligten ermöglicht, ausführliche Antwortmöglichkeiten zu geben sowie Gedanken und Wünsche darzulegen. Damit die Teilnehmenden genügend Zeit haben zum Nachdenken, zur Äusserung und zum freien Reden, hält die Fachkraft bewusstes Schweigen aus. Zudem nimmt sie die Wünsche und Anliegen aller Anwesenden ernst. Die Fachperson drückt dies durch aktives Zuhören und zustimmende Signale wie Nicken oder „ich verstehe“ aus. Die Fachperson ist für verbale und nonverbale Hinweise besonders hellhörig, um eigentliche Ansichten und Absichten als auch geheime Hoffnungen und Befürchtungen zu ergründen. Damit sich die Person verstanden fühlt, überprüft die Fachperson, ob sie alles richtig verstanden hat. Durch paraphrasieren fasst sie das Gesagte auf sachlicher Ebene mit eigenen Worten zusammen und kommuniziert, was auf der Gefühlsebene verstanden wurde (Thomann & Schulz von Thun, 2014, S.45).

Fallvignette: Frau Wyss fasst zuerst kurz zusammen, welche Themen sie beim letzten Gespräch behandelten und welche Lösungen dabei heraus kamen. Danach erkundigt sie sich bei Herr und Frau Bucher, wie es ihnen nach dem letzten Gespräch ergangen ist. Die Sozialpädagogin erkundigt sich, welche Fragen Herr und Frau Bucher diesbezüglich noch haben und ob es weitere wichtige Themen für dieses Gespräch gibt. Sie hört dabei aufmerksam und interessiert zu und gibt durch Nicken Signale, dass sie es verstanden hat. Frau Wyss fragt nach, ob sie die jeweilige Person richtig verstehe und würdigt, was bereits erreicht wurde. Wenn das Thema mit der persönlichen Lebenssituation zu tun hat, fragt Frau Wyss zuerst nach, ob Herr oder Frau Bucher mit ihr darüber sprechen möchte, und verdeutlicht, dass sie gerne dazu bereit ist. Wenn ja, fragt sie nach, wie die Situation erlebt wird und welche Gefühle diese auslöst. Frau Wyss hört auch hier aufmerksam zu und gibt durch Nicken das Signal, dass sie es versteht und die Gefühle ernst nimmt. Sie fasst das Gesagte und die wahrgenommenen Gefühle nochmals zusammen. Wenn Herr und Frau Bucher damit einverstanden sind, wird dies zum Thema des Gesprächs gemacht.

5.3.3 Argumentationsphase

Argumentationsphase

Nachdem in der Informationsphase besprochen wurde, wie die Ausgangslage ist und um was es im Gespräch geht, werden in der Argumentationsphase, die festgelegten Themen durch die direkte Kommunikation bearbeitet (Benien, 2007, S.185). In der Argumentationsphase geht es darum, dass sich die Anwesenden gegenseitig mitteilen und einander zuhören, damit sich ein Dialog entwickelt und sich alle verstanden fühlen (Thomann & Schulz von Thun, 2014, S.46). Dabei kommen die Teilnehmenden, in diesem Falle die Sozialpädagogin oder der Sozialpädagoge, die betroffene und die angehörige Person, miteinander ins Gespräch. Bei sachlichen Themen geht es um die Klärung der Zielvorstellungen, Realisierungs- oder Umsetzungsmöglichkeiten und dem Suchen nach einer Lösung (Benien, 2007, S.185). Bei emotionalen und psychosozialen Problemen geht es in erster Linie um das Bewusstsein und Akzeptieren der Gefühle und erst in einem zweiten Schritt in der nächsten Phase auf mögliche Änderungen. Am Ende dieser Phase sollten erste realistische Lösungsschritte geklärt sein (Thomann & Schulz von Thun, 2014, S.47-48).

Die Fachperson fasst die aktuelle Situation und den Gesamtzusammenhang des Themas zusammen, um die Angehörigen und Betroffenen zum Mitdenken anzuregen. Danach versucht sie sich verbal zurückzunehmen, aktiv zuzuhören und das Gesagte zu würdigen. Durch verschiedene Fragetechniken steuert sie den Verlauf, um an Lösungsmöglichkeiten heranzuführen (Benien, 2007, S.265-266). Mittels ressourcenaufdeckenden Fragen versucht die Fachperson auf das eigene Können und die eigenen Stärken aufmerksam zu machen. Reflektierende Fragen verleitet die ratsuchende Person dazu, über eigenes Verhalten oder Gesagtes nachzudenken und durch offene Fragen wird der ratsuchenden Person ermöglicht, eigene Gedanken darzulegen. Zirkuläre Fragen können neue Sichtweisen und Denkprozesse anregen (Harald Ansen, 2006, S.145). Um sicher zu sein, dass alle Anwesenden die Sichtweisen und möglichen Lösungsvorschläge des aktuellen Gesprächsstandes verstanden haben, kann die Fachperson die bisherigen Ergebnisse wiedergeben und durch Visualisieren, auf einem Flipchart festhalten (Benien, 2007, S.266). Wenn es sich um eine persönliche Lebenssituation handelt, wie im Fallbeispiel von Herr und Frau Bucher, geht es in einem ersten Schritt weniger um die Problemlösung, als vielmehr um die Vertiefung der Gefühle und die Akzeptanz der Gegebenheiten. Für diese Situation eignen sich gefühlsverdeutlichende Prozesse durch visuelles Darstellen. In einem zweiten Schritt kann durch die oben erwähnten Fragetechniken, auf den Veränderungswunsch und die Problemlösung eingegangen werden (Thomann & Schulz von Thun, 2014, S.47-48).

Fallvignette: Um auf die Gefühle von Herr oder Frau Bucher einzugehen, bietet Frau Wyss Beiden an, die Situation durch das Aufstellen von Figuren darzustellen. Dafür können sie je unterschiedliche Figuren verwenden und sie näher oder weiter voneinander entfernt hinstellen. Die Sozialpädagogin stellt dabei zirkuläre Fragen um das „Problem“ oder in diesem Falle das Beziehungssystem sichtbar zu machen und Unterschiede aufzudecken. Eine mögliche Frage könnte sein, was Herr Bucher denke, wie Frau Bucher das Problem beurteile. Wenn das Figuren legen beendet ist, stellt Frau Wyss Fragen zur Problemlösung. Beispielsweise welche Ressourcen vorhanden seien oder woran sie merken würden, dass das Ziel erreicht worden sei. Ideen und Möglichkeiten für die Problemlösung hält sie auf einem Flipchart fest.

5.3.4 Beschlussphase

Beschluss
phase

Nachdem in der Argumentationsphase die Themen bearbeitet wurden und keine neuen Gesichtspunkte mehr dargelegt werden, fasst die Fachperson in der Beschlussphase die Lösungsvorschläge nochmals zusammen. Um die Klientel an eine Entscheidung heranzuführen, äussern die Klientel in einem ersten Schritt Wünsche und Vorstellungen über die Veränderungen sowie Verbesserungsmöglichkeiten. In einem zweiten Schritt werden die Lösungsvorschläge bewertet, konkretisiert und mögliche Konsequenzen ausgearbeitet (Benien, 2007, S.135-136). Nach dem Konzept der Personenzentrierung gilt hier die Hilfe zur Selbsthilfe. Die Fachperson bietet keine vorgefertigte Lösung an, sondern versucht die Klientel an die Lösung heranzuführen (Weinberger, 2011, S.35).

Fallvignette: Frau Wyss fasst nochmals alle Lösungsvorschläge zusammen, die bereits auf dem Flipchart visuell festgehalten wurden. Mittels Fragen versucht die Sozialpädagogin, dass Herr und Frau Bucher die jeweiligen Wünsche und Lösungsvorschläge äussern. Danach fordert sie Beide auf, die Lösungsvorschläge kritisch zu würdigen. Dazu stellt sie Fragen über die Alltagstauglichkeit der Lösung, was mögliche Konsequenzen sein könnten oder wo passende Unterstützung eingeholt werden kann.

5.3.5 Abschlussphase

Abschluss
phase

Nachdem in der Beschlussphase Lösungen gefunden wurden, werden diese in der Abschlussphase von allen bestätigt und je nach Situation schriftlich festgehalten. Fragen und Themen, die noch offen sind, werden nochmals aufgenommen. Es wird geklärt, wie damit verblieben werden soll. Abschliessend wird der Gesprächsprozess evaluiert und Störungen und Kritik geäussert. Zum Schluss treffen die Anwesenden noch organisatorische Verabredungen und vereinbaren einen Termin für ein nächstes

Gespräch (Benien, 2007, S.196-197). Die Fachperson klärt durch offene Fragen, wie mit offen gebliebenen Themen umgegangen werden soll. Danach äussern sich bei einer Feedbackrunde wenn möglich alle Teilnehmenden dazu, wie das Gespräch für sie war und wie sie sich fühlen (Thomann & Schulz von Thun, 2014, S.49).

Fallvignette: Frau Wyss hält nochmals fest, wie die Lösung erreicht werden kann. Falls andere professionelle Netzwerke wie Angehörigengruppen, Selbsthilfegruppen oder Psychologen und Psychologinnen miteinbezogen werden, können entsprechende Adressen oder Empfehlungen abgegeben werden. Danach fragt die Sozialpädagogin Herr und Frau Bucher nacheinander, wie sie sich nach dem Gespräch fühlen und sagt selbst, wie sie das Gespräch wahrgenommen hat. Zum Schluss wird ein Termin für das nächste Gespräch vereinbart, wenn alle Anwesenden damit einverstanden sind. Frau Wyss begleitet Herr und Frau Bucher bis vor das Beratungszimmer, wo sie sich dann von Beiden verabschiedet.

Nach dem Gespräch sollte unbedingt nochmals in einem Einzelgespräch Kontakt zur betroffenen Person gesucht werden, um abzuklären, wie sich die Person fühlt und wie das Gespräch wahrgenommen wurde (Bull & Poppe, 2015, S. 33).

5.4 Umgang mit Widerstand

In der Arbeit mit Angehörigen kann es aus unterschiedlichen Gründen zu Widerstand kommen. Es kann der Fall sein, dass die betroffene Person mit der Zusammenarbeit zwischen dem Wohnheim und den Angehörigen nicht einverstanden ist oder dass die Angehörigen Zweifel in der Zusammenarbeit mit den Betroffenen oder der Fachperson äussern (Bull & Poppe., 2015, S.64-65). Ausserdem ist möglich, dass Angehörige mit der Erkrankung überfordert sind oder diese nicht anerkennen und aus diesem Grund das Gespräch meiden. Widerstand entsteht zudem, wenn die Angehörigen mit der Begleitung unzufrieden sind oder kein Vertrauen zu der Fachperson haben. Angehörige können dazu nicht gezwungen, sondern höchstens motiviert werden (S.66-76). Von Seiten der Angehörigen und Betroffenen ist besonders am Anfang mit Verschlossenheit und Widerstand zu rechnen, da noch kein Vertrauen zur Situation oder zur beratenden Fachperson besteht und der Widerstand Sicherheit gibt. Es ist möglich, dass er im weiteren Verlauf durch eine Schädigung in der Gesprächsführung oder in der Beziehung entsteht (Thomann & Schulz von Thun, 2014, S.87). Ein Fehler in der Beziehung kann anstelle von Wertschätzung zu Abwertung, anstelle von Authentizität zu Künstlichkeit und anstelle von Akzeptanz zu Zurückweisung führen (Erik Nagel, 2016, S.131).

Gemäss Nagel (2016) ist Widerstand ein normaler Bestandteil, der gerade wenn es um Veränderungen geht, dazu gehört (S.14-15). Er wird von professioneller Seite als die bestmögliche Form von Kooperation verstanden, die den Angehörigen oder den Betroffenen in dem Moment möglich ist (Widulle, 2012, S.114). Aus diesen Gründen soll die Fachperson nicht versuchen, den Widerstand durch Erfragen von Ängsten und Gefühlen oder durch unter Druck setzen zu minimieren, sondern sich mit ihm verbünden. Ihn also akzeptieren, respektieren, ernst nehmen und die Angehörigen oder Betroffenen darin bestätigen (Thomann & Schulz von Thun, 2014, S.88). Nagel (2016) nennt vier Prinzipien für die Auseinandersetzung mit Widerstand. Im ersten Prinzip geht es um das Engagement. Dieses meint, dass die Situation möglichst genau verstanden werden soll, um offen für neue Erkenntnisse zu sein und die Beziehung produktiv zu gestalten (S.155-156). Im zweiten Prinzip geht es um die Würde. Die Selbstbestimmung und die Autonomie jeder einzelnen Person muss gewahrt und respektiert werden (S.157). Fachpersonen sollten demnach versuchen, sich in die Lage der Angehörigen hineinzusetzen, die Reaktion nachzuvollziehen und anzuerkennen. Im dritten Prinzip geht es um das Recht auf Widerstand. Dieses meint, dass Widerstand nicht als Störfaktor gesehen wird. Sondern es soll mit dem Widerstand gegangen werden, indem widersprüchliche Positionen und Meinungen auf eine respektierende Weise ausgetauscht werden können (S.160). Im vierten Prinzip geht es um das Lernen. Durch Abweichungen vom Üblichen entstehen Lernquellen. Das heisst, unterschiedliche Meinungen sollen wahrgenommen und thematisiert werden (S.161-162).

Fallvignette: Herr Bucher kommt nur widerwillig zum vereinbarten Termin und äussert, dass er dem Gespräch skeptisch gegenüber trete. Frau Wyss hört aufmerksam zu und versucht, die Situation von Herr Bucher zu verstehen. Danach versucht sie sich mit dem Widerstand zu verbünden und spricht die Bedenken und die Befürchtungen von ungünstigen Folgen, die Herr Bucher hat, an. Die Fachperson zeigt zudem eine verständnisvolle Haltung ihm gegenüber, indem sie ihm aufzeigt, dass die Bedenken begründet sind und es deshalb gut ist, die Verantwortung für sich selbst zu übernehmen. Danach schlägt sie vor, das Gespräch in Anspruch zu nehmen und regelmässig zu überprüfen, wie weit er sich darauf einlassen will. Wenn das Gespräch eine Richtung annimmt, die Herr Bucher nicht möchte, kann er jederzeit protestieren. Wenn Herr Bucher das Angebot ablehnt, erklärt Frau Wyss, dass sie seine Entscheidung akzeptiert, aber das Angebot für ein Gespräch weiterhin besteht. Zu einem späteren Zeitpunkt kann sie versuchen, Termine für regelmässige Gespräche nochmals aufzunehmen.

5.5 Zwischenresümee

In diesem Kapitel konnte aufgezeigt werden, dass die Zusammenarbeit von Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen eines gemeindepsychiatrischen Wohnheimes mit den Angehörigen und den Betroffenen in Form von Informations-, Beratungs-, und Konfliktgesprächen stattfindet. Dabei werden Wissen vermittelt, Probleme und Konflikte vermieden und Entlastung geboten. Die Angehörigengespräche sind strukturiert und methodisch orientiert. Ein idealtypisch strukturiertes Gespräch verläuft nach dem Modell von Benien in fünf Phasen. Die Anfangsphase bildet die Basis für das Gespräch, wo das Vertrauen aufgebaut wird und Gesprächsvoraussetzungen geklärt werden. In der Informationsphase geht es um die Klärung der Anliegen. Danach kommt die Argumentationsphase, in welcher den direkten Dialog zu einer bestimmten Thematik stattfindet. In der Beschlussphase wird versucht, die Klientel an eine Lösung heranzuführen. Am Ende - in der Abschlussphase - werden offene Fragen geklärt, das vorangegangene Gespräch evaluiert und beendet. Je nach Phase und Gesprächsform werden verschiedene nonverbale und verbale Methoden angewendet und miteinander kombiniert.

Für das Angehörigengespräch haben die Autorinnen entscheidende Punkte identifiziert. Die wichtigste Voraussetzung, um ein Gespräch hilfreich führen zu können, ist das gegenseitige Vertrauen. Besteht kein Vertrauen zur Situation oder zur Fachperson, kann es zu einer Verschlussenheit und zu Widerstand kommen, was die Zusammenarbeit negativ beeinflusst. Wenn aber Widerstand auftaucht, hat dieser Vorrang. Die Fachperson soll ihn als dazugehörigen Bestandteil akzeptieren, respektieren, ernst nehmen und die Person darin bestätigen. Für das Gespräch gilt, dass Probleme, Anliegen und Konflikte immer dort aufgegriffen werden müssen, wo sie sich zeigen und es sollen die Ressourcen genutzt und aktiviert werden, die vorhanden sind. Das Gespräch orientiert sich also an den Bedürfnissen und Wünschen der Teilnehmenden. Somit ist klar, dass das Gesprächsphasenkonzept nur als roter Faden dienen kann. Je nach Gespräch nimmt es einen unterschiedlichen Verlauf an, Phasen können übersprungen, ausgelassen oder es muss zur Anfangsphase, in der das Vertrauen aufgebaut wird, zurückgekehrt werden. Als letzter entscheidender Punkt halten die Autorinnen fest, dass die Fachperson keine fertigen Lösungen einbringen, sondern die Klientel an eine Lösung heranzuführen müssen und somit Hilfe zur Selbsthilfe leisten.

6 Erkenntnisse und Schlussfolgerungen

In diesem Kapitel werden zunächst die Ergebnisse der Arbeit zusammengefasst und die zentralen Erkenntnisse resümiert. Darauf aufbauend werden wichtige Schlussfolgerungen für die Profession und die berufliche Praxis der Sozialen Arbeit gezogen. Abschliessend wird ein Ausblick zum abgehandelten Thema vorgenommen.

6.1 Zusammenfassung und zentrale Erkenntnisse

Diese Literaturarbeit beschäftigte sich mit der Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen der Sozialen Arbeit und Angehörigen von Menschen mit einer psychischen Erkrankung. In der Auseinandersetzung mit dieser Thematik wurde deutlich, dass Angehörige von der Krankheit mitbetroffen sind und selbst darunter leiden. Wenn eine Person in einem Familiensystem an einer psychischen Krankheit erkrankt, beeinflusst und belastet dies das ganze familiäre Setting. Es kommt zu Veränderungen, Einschränkungen, Interaktionsschwierigkeiten und Überlastungen in deren Lebenswelt. Weitere Belastungen können durch Diskriminierung, Vorurteile sowie Selbst- und Fremdstigmatisierung entstehen. Diese können Stress bedeuten und dadurch verschiedene negative Folgen auf die Gesundheit und die Lebensqualität des Familiensystems haben. Oft werden die Angehörigen erst dann entlastet, wenn die erkrankte Person sich in einer Klinik oder einem Wohnheim befindet. Dies führt zur Erkenntnis, dass Angehörige von der Krankheit unmittelbar mitbetroffen sind und bis zur Aufnahme in einem gemeindepsychiatrischen Wohnheim bereits ein langer Prozess abgelaufen ist. Für die Profession der Sozialen Arbeit ist diese Tatsache insofern bedeutend, dass die belastenden Situationen der Angehörigen in der jeweiligen Institution unbedingt berücksichtigt und ihnen eine wertschätzende Haltung entgegengebracht werden soll.

Gleichzeitig stellen Angehörige – oft als einziges Bezugssystem - eine wichtige Ressource dar und sind langfristig die wichtigste Quelle für die Gesundheit und die Lebensqualität aller Beteiligten. Sie kennen die erkrankte Person am besten und können dadurch Einfluss auf den Krankheitsverlauf nehmen. Die Fachpersonen eines gemeindepsychiatrischen Wohnheimes haben zudem die Aufgabe, eine entwicklungsfördernde Umgebung zu gestalten. Durch das Wissen und die wertvolle Informationen der Bezugspersonen können sie diese Aufgabe begünstigen. Der Einbezug kann aber auch Herausforderungen mit sich bringen, da Angehörige und Betroffene mit der Zusammenarbeit einverstanden sein müssen. Um also Reibungsflächen zu verringern und die Zusammenarbeit somit zu begünstigen, muss die Qualität der Beziehung stabilisiert und gefördert werden. Für die Profession der Sozialen Arbeit resultiert aus den Belastungen

und der Ressourcen, dass es notwendig ist, Angehörige in den gesamten Prozess und in allen Phasen der Erkrankung von der Klinik, ins Wohnheim, bis hin zu weiterführenden Lösungen miteinzubeziehen. Diese Erkenntnis bildete die Grundlage für die Bearbeitung der Fragestellung: „Wie kann die Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen der Sozialen Arbeit und Angehörigen von psychisch erkrankten Menschen im gemeindepsychiatrischen Wohnheim gestaltet werden?“.

Die Interaktion zwischen den Angehörigen und der Fachperson gestaltet sich durch in Phasen strukturierte und methodisch orientierte Angehörigengespräche und können in Form von Information, Beratung oder Konfliktgesprächen stattfinden. In jeder Phase können je nach Gesprächsform unterschiedliche verbale und nonverbale Methoden aus verschiedenen Ansätzen multiperspektivisch angewendet werden. Die wichtigste Voraussetzung für die hilfreiche Zusammenarbeit, ist die Kooperationswilligkeit und -fähigkeit der Klientel, eine wohlwollende Haltung und ein grundlegendes Interesse der Fachperson für die Bedürfnisse der Angehörigen. Für die Profession der Sozialen Arbeit bedeutet dies, dass die Arbeit mit den Angehörigen erst dann hilfreich gestaltet werden kann, wenn eine Beziehung überhaupt erst entstanden ist. Im Folgenden werden die wichtigsten Erkenntnisse für die Zusammenarbeit dargelegt.

Besonders wichtig ist das Vertrauen, da dessen Fernbleiben zu einer erschwerten Kooperation oder sogar zu einem Abbruch der Zusammenarbeit führen kann. Die Fachpersonen müssen die Interaktion deshalb vertrauensvoll gestalten. Dazu sind die empathischen, akzeptierenden und kongruenten Grundhaltungen bedeutend. Empathisch meint, die Klientel einführend verstehen, und dessen Denken, Fühlen und Handeln nachzuvollziehen. Die Akzeptanz bedeutet, dass die Klientel vollumfänglich respektiert und durch positive Zuwendung wertgeschätzt werden soll. Die Kongruenz äussert sich durch einen offenen, transparenten und unverfälschten Umgang miteinander. Weitere Erkenntnisse für eine förderliche und vertrauensvolle Gestaltung sind, dass die Zusammenarbeit individuell auf die Motive und die Grundbedürfnisse und Wünsche der Klientel zugeschnitten sein müssen und die Aufmerksamkeit auf vorhandenen Ressourcen und Stärken der Klientel liegt. Bei der Lösungsfindung gilt die Hilfe zur Selbsthilfe. Die Fachperson bietet also keine vorgefertigte Lösung an, sondern versucht die Klientel an die Lösung heranzuführen. Eine erfolgreiche Kooperation erfordert aber auch organisatorische und institutionelle Bedingungen wie die Transparenz über Erwartungen, Zeit und Raum für den Kommunikationsaustausch und ein institutionelles Interesse. Auf der Ebene der professionellen Zusammenarbeit kann es zu Widerstand kommen, welcher anstelle von Wertschätzung zu Abwertung, anstelle von Authentizität zu Künstlichkeit und anstelle von

Akzeptanz zu Zurückweisung führen kann. Daraus ergibt sich die Erkenntnis, dass es unabdingbar ist, auf Widerstand real einzugehen und ihn zu thematisieren. Dies indem versucht wird, ihn zu verstehen, zu respektieren und ernst zu nehmen. Um all die genannten Punkte zu erreichen ist es wichtig, dass die Fachperson sich durch aktives Zuhören und zustimmende Signale ausdrückt, offene Fragen stellt, genannte Sachlagen und Gefühle zusammenfassend wiedergibt, konfliktfähig ist und auf Widerstand real eingehen kann.

Nebst der professionellen Zusammenarbeit sind die Herausforderungen auf der Ebene der Fachpersonen zu beachten. So müssen sich Fachpersonen der Nähe- und Distanz-Thematik bewusst sein und sich im eigenen Handeln und auf Ebene der eigenen Wert- und Normvorstellungen immer wieder reflektieren. Die Teamarbeit hat insofern eine grosse Bedeutung, da der Austausch im interdisziplinären Team die Qualität der Arbeit erhöht und die Handlung dadurch besser begründet wird. Probleme innerhalb des Teams können die Qualität der Arbeit und somit die Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen, Betroffenen und der Fachperson behindern.

Die Autorenschaft ist zum Schluss gekommen, dass kein noch so gekonnter Methodeneinsatz den Erfolg der Zusammenarbeit sichern kann, wenn keine positive und von Vertrauen getragene Beratungsbeziehung existiert. Der Erfolg ist demnach abhängig von der Professionellen-Klientel-Beziehung. Ohne eine offene, vertrauensvolle und auf Zusammenarbeit orientierte Beziehung aller Beteiligten ist keine erfolgsversprechende Beratung möglich. Für die Profession der Sozialen Arbeit resultiert daraus, dass die Gestaltung der Beziehung und das methodische Vorgehen in einem Gespräch, die wichtigsten Dimensionen für die hilfreiche Zusammenarbeit zwischen der Fachperson und den Angehörigen darstellen. Die Beziehungsqualität und das Gespräch zwischen der Fachperson und der Klientel beeinflussen sich demnach gegenseitig. Einerseits stellt die Beziehungsqualität einen wichtigen Faktor für den Erfolg des Gesprächs dar, andererseits kann durch die Interaktion im Gespräch die Beziehung erst gestaltet werden. Beide dürfen aus diesem Grund nicht isoliert voneinander betrachtet werden und müssen den gegenteiligen Part jeweils mitberücksichtigen.

6.2 Schlussfolgerungen und Ausblick

Während der Bearbeitung dieser Bachelorarbeit wurde der Autorenschaft schnell klar, dass sich das Verständnis in Bezug auf den Einbezug der Angehörigen im Laufe der Jahre erheblich verändert hat. So wird in der Literatur viel über die Belastungen der Angehörigen berichtet und dass es unausweichlich ist, die Angehörigen in den Prozess miteinzubeziehen. Obwohl dieses Wissen vorhanden und auch mit verschiedenen Studien belegt ist, sind trotzdem keine expliziten

Handlungsweisen für die Umsetzung der Zusammenarbeit mit Angehörigen von psychisch erkrankten Menschen in einem gemeindepsychiatrischen Wohnheim in der Literatur ersichtlich. Es existiert Literatur zur allgemeinen Beratungsbeziehung und zur Gesprächsführung, diese wurde jedoch nicht an die Arbeit mit Angehörigen adaptiert. Wie dieser Einbezug stattfinden soll und diese Umwälzung erreicht werden kann, hat die Autorenschaft mit der vorliegenden Arbeit versucht aufzuzeigen. Sie sehen die Schlussfolgerung darin, dass der explizite Umgang mit Angehörigen nirgends geregelt ist. Daraus erfolgt, dass den Fachinstitutionen und Fachpersonen diese Thematik näher gebracht werden muss. Gründe, weshalb die Umsetzung noch nicht im Alltag verankert ist, sehen sie in Schwierigkeiten wie der Einhaltung der Schweigepflicht oder wenn Angehörige oder Betroffene diese Zusammenarbeit nicht wünschen. Ein weiterer Aspekt stellen die Zeitressourcen der Fachpersonen dar, da viel Aufwand benötigt wird, um diese Angehörigengespräche durchzuführen. Stigmatisierungsprozesse in Form von gesellschaftlichen und kulturellen Vorurteilen verhindern eine positive Weiterentwicklung - nebst den internen Schwierigkeiten - noch zusätzlich. Aus diesem Grund ist es notwendig, an der Öffentlichkeitsarbeit weiter anzusetzen, damit die Realisierung vonstattengehen kann. Die Institution und deren Klientel soll vermehrt in der Öffentlichkeit gesehen werden. Möglichkeiten sehen die Autorinnen bei der Benutzung der Angebote in der Gemeinde oder die Teilnahme an öffentlichen Anlässen, bei denen eine Durchmischung stattfindet. Es können darüber hinaus Informationsanlässe oder Tagungen für Interessierte durchgeführt werden. Berührungspunkte stehen im Vordergrund, damit Vorurteilen entgegengewirkt wird. Die politische Einflussnahme zur Verbesserung der Angehörigenarbeit könnte sogleich ein neues Bachelorarbeitsthema sein.

Die Angehörigenarbeit findet immer mehr Einzug in die Praxis und das Bewusstsein steigt durch Weiterbildungen oder Fachtagungen zu diesem Thema (siehe Kapitel 3.4). Wünschenswert wäre, dass die Wohnheime die Angehörigenarbeit wirklich in die tägliche Arbeit einschliessen und deren Wichtigkeit gegen aussen hin vertreten. Die Fachpersonen sollen die institutionellen Ressourcen mobilisieren, um dadurch die Ressourcen der Angehörigen zu nutzen. Den ersten Schritt sieht die Autorenschaft in der Verankerung im Leitbild und der Ausarbeitung von internen Handlungsanleitungen und Prozessbeschrieben. Strukturen sind wie in Kapitel 5.2 beschrieben notwendig, damit Erfolg möglich wird. Die vorliegende Arbeit kann bei der Ausarbeitung unterstützend wirken. Eine weitere Möglichkeit sehen die Autorinnen in der verstärkten Thematisierung während der Ausbildung der Sozialen Arbeit, sei dies in der Grundausbildung oder in Weiterbildungsmodulen. Die Bedeutung einer hilfreichen Beziehung kann im Unterricht sehr praxisorientiert anhand der verschiedenen Methoden vermittelt werden. Im

Hinblick darauf, dass Aufenthalte in einem gemeindepsychiatrischen Wohnheim zeitlich begrenzt sein sollen, erhält die Rolle der Angehörigen nach Meinung der Autorenschaft eine noch stärkere Bedeutung. Wie soll die Primärklientel wieder zu Hause, im entsprechenden Setting wohnen, wenn der Kontakt mit den Angehörigen in dieser Zeit kaum aufrechterhalten wird oder sie nicht wissen, was im Leben der Betroffenen vor sich geht? Die Fachpersonen sollen sich nicht nur um das hier und jetzt Gedanken machen, sondern auch weiterführende Aspekte in die tägliche Arbeit miteinbeziehen.

Die Soziale Arbeit beeinflusst die Entscheidungen des Fachteams durch die professionellen Sichtweisen, Methoden und Haltungen entscheidend mit. Sie muss sich ihrer Position bewusst sein und ihr Handeln danach ausrichten. Die Implementierung der Forschungsergebnisse in die Praxis, in Bezug auf die hilfreiche Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Fachpersonen, soll vorangetrieben werden. Dies erfordert Achtsamkeit und Weiterentwicklung von Seiten der Fachpersonen. Es wird sich in der Zukunft zeigen, wie sich diese Thematik herausbildet. Das Ziel ist, dass Angehörigenarbeit im Sinne einer regelmässigen Zusammenarbeit selbstverständlich zum professionellen Alltag gehört. Dazu braucht es den Einsatz von Allen, genauer gesagt der Fachpersonen, der Betroffenen, der Angehörigen als auch der gesamten Gesellschaft.

7 Quellenverzeichnis

- Ansen, Harald (2006). *Soziale Beratung bei Armut*. München, Basel: E. Reinhardt.
- Assion, Hans-Jörg, Brieger, Peter & Bauer, Michael. (2013). *Bipolare Störungen. Das Praxishandbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Avenir Social. (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Gefunden unter http://www.avenirsocial.ch/cm_data/Do_Berufskodex_Web_D_gesch.pdf
- Bäumli, Josef & Pitschel-Walz, Gabriele (Hrsg.). (2008). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“* (2. Auflage). Stuttgart: Schattauer gmbh.
- Belz, Martina (2009). *Aussergewöhnliche Erfahrungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Benien, Karl (2007). *Schwierige Gespräche führen. Modelle für Beratungs-, Kritik- und Konfliktgespräche im Berufsalltag* (4. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Berg-Peer, Janine (2015). Recovery für Angehörige. *Psyche im Fokus*, 7 (1), 8-11.
- Berger, Mathias (2015). *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie* (5. Auflage). München: Elsevier Urban & Fischer.
- Beushausen, Jürgen (2012). *Genogramm- und Netzwerkanalyse. Die Visualisierung familiärer und sozialer Strukturen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bischkopf, Jeannette (2005). *Angehörigenberatung bei Depression*. München: Reinhardt.
- Bock, Thomas & Koesler, Andreas (2005). *Bipolare Störungen. Manie und Depression verstehen und behandeln*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bosshard, Marianne, Ebert, Ursula & Lazarus, Horst (2013). *Soziale Arbeit in der*

- Psychiatrie* (5., überarbeitete Auflage). Köln: Psychiatrie.
- Bull, Nadine & Christine, Poppe (2015). *Zuhören, informieren, einbeziehen. Leitfaden für die Arbeit mit Angehörigen in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Handlungsfelder*. Bern: Autor.
- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker [BApK]. (2014). *Mit psychischer Krankheit in der Familie leben. Rat und Hilfe für Angehörige* (5., aktualisierte und erweiterte Auflage). Köln: Balance-Buch + Medien-Verlag.
- Clausen, Jens & Eichenbrenner, Ilse (2010). *Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Dahm, Regina & Kunstreich, Tjark (2013). Ungewissheit und Ohnmacht. Professionelle Beziehungskompetenz in der Sozialen Arbeit. In Petra Gromann (Hrsg.), *Schlüsselkompetenzen für die psychiatrische Arbeit* (S.38). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Dammann, Grace (2014). Chancen und Probleme des Recovery-Ansatzes aus psychiatrischer Sicht. *Nervenarzt* 2014, 85 (9), 1156.
- Dilling, Horst, Mombour, Werner & Schmidt, Martin H. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien* (10., überarbeitete Auflage). Bern: Hogrefe.
- Dörner, Klaus, Egetmeyer, Albrecht & Koenning, Konstanze (2014). *Freispruch der Familie. Wie Angehörige psychiatrischer Patienten sich in Gruppen von Not und Einsamkeit, von Schuld und Last freisprechen* (unveränd. Reprint der Ausgabe von 1995). Köln: BALANCE Buch + Medien Verlag.
- Dörr, Margret (2005). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. München: Reinhardt.
- Dörr, Margret & Müller, Burkhard (2012). Einleitung: Nähe und Distanz als Strukturen der Professionalität pädagogischer Arbeitsfelder. In Margret

- Dörr, Burkhard Müller (Hrsg.), *Nähe und Distanz. Ein Spannungsfeld pädagogischer Professionalität* (S.9). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Dorsch, Friedrich & Häcker, Hartmut (2009). *Psychologisches Wörterbuch* (15., überarb. Und erw. Aufl.). Bern: Huber.
- Dümmler, Wiltrud & Sennekamp, Winfried (2013). *Recovery im psychiatrischen Wohnheim. Chancen und Grenzen des Konzepts bei Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung*. Freiburg im Breisgau: Centaurus Verlag et Media.
- Effinghausen, Sabrina (2014). *Diagnose psychisch krank - ein Leben ohne Zukunft? Bewältigungsstrategien von psychisch erkrankten Menschen und Unterstützungsmöglichkeiten durch die Soziale Arbeit am Beispiel des ambulant betreuten Wohnens*. Baden-Baden: Nomos.
- Ertelt, Bernd-Joachim & Schulz, William E. (2015). *Handbuch Beratungskompetenz. Mit Übungen zur Entwicklung von Beratungsfertigkeiten in Bildung und Beruf* (3., unveränderte Aufl.). Wiesbaden: Springer Verlag.
- Finzen, Asmus (2013). *Stigma psychische Krankheit. Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Fritzsche, Thomas, Fürst, Annette & Rathsfeld, Elke (2014). *Die Impact-Strategie. Führen für Fortgeschrittene* (1. Aufl.). Bern: Huber.
- Glasl, Friedrich (2013). *Konfliktmanagement. Ein Handbuch für Führungskräfte, Beraterinnen und Berater* (11., aktualisierte Aufl.). Bern, Stuttgart: Haupt, Freies Geistesleben.
- Hahlweg, Kurt & Baucom, Donald H. (2008). *Partnerschaft und psychische Störung*. Göttingen: Hogrefe.
- Hammer, Matthias & Plössl, Irmgard (2015). *Irre verständlich. Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen* (3. Aufl.). Köln: Psychiatrie Verlag.

- Heim, Susanne (2015). Trau, schau, wem. Sozialpsychiatrie und die Angehörigen. *Forum für soziale Psychiatrie*, 33 (1), 1-3.
- Hochuli-Freund, Ursula & Stotz, Walter (2015). *Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch* (3., überarb. Und erweiterte Aufl). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Homfeldt, Hans Günther & Schulze-Krüdener, Jörgen (2007). *Elternarbeit in der Heimerziehung*. München: Reinhardt.
- Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland (2016). *Infos für Angehörige*. Gefunden unter http://www.ipw.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/ipw/de/patienten_angehoerige/infos_fuer_angehoerige.html
- Jansen, Irma (2011). Biografiearbeit im Hilfeprozess der Sozialen Arbeit. In Christina Hölzle & Irma Jansen (Hrsg.), *Ressourcenorientierte Biografiearbeit. Grundlagen – Zielgruppen – Kreative Methoden* (2., durchgesehene Auflage, S.55). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kähler, Harro Dietrich (2009). *Erstgespräche in der sozialen Einzelhilfe* (5., unveränderte Auflage). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Kraus de Camargo, Olaf & Simon, Liane (2013). *Die ICF-CY in der Praxis* (1. Aufl.). Bern: H. Huber.
- Kuhl, Hans Christian (2008). *Stationäre Psychiatrie in der Schweiz 2000-2006*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Kurmann, Julius (2016). *Angehörige in der Psychiatrie angehört? Zugehört? Ungehört?* Gefunden unter http://www.traversa.ch/images/stories/Referate/Referat_Julius_Kurmann_Angehörige_in_der_Psychiatrie_9_6_16.pdf
- Mahnkopf, Angela (2015). *Umgang mit depressiven Patienten* (1.Auflage). Köln: Psychiatrie Verlag.

- Müller, Burkhard (2012). Nähe, Distanz, Professionalität. Zur Handlungslogik von Heimerziehung als Arbeitsfeld. In Margret Dörr, Burkhard Müller (Hrsg.), *Nähe und Distanz. Ein Spannungsfeld pädagogischer Professionalität* (S.154). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Nagel, Erik. (2016). *Glücksfall Widerstand. Vom produktiven Umgang mit ganz normalen Ausnahmen*. Zürich: Versus.
- Nestmann, Frank (2007). Beratungsmethoden und Beratungsbeziehung. In Frank Nestmann, Frank Engel & Ursel Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung* (Band 2, S.791-795). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Rosemann, Matthias & Konrad, Michael (2011). Was von Mitarbeitenden erwartet wird und was sie erwarten dürfen. In Matthias Rosemann, Michael Konrad (Hrsg.), *Handbuch Betreutes Wohnen. Von der Heimversorgung zur ambulanten Unterstützung* (S.208-212). Bonn: Psychiatrie Verlag gmbh.
- Schäfter, Cornelia (2010). *Die Beratungsbeziehung in der Sozialen Arbeit. Eine theoretische und empirische Annäherung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schlichte, Gunda (2015). Frischer Wind im Teamprozess. Psychisch erkrankte Menschen als ‚machtvolle Akteure‘ – veränderte Anforderungen an Teamarbeit und Kooperation in der Sozialpsychiatrie. In Margret Dörr (Hrsg.), *Sozialpsychiatrie im Fokus Sozialer Arbeit* (S.126-134). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Schmid, Rita, Spiessl Hermann & Cording, Clemens (2005). Zwischen Verantwortung und Abgrenzung: Emotionale Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. *Psychiatrische Praxis*, 32 (6), 273-277.
- Schmidt, Dirk (2011). *Motivation. 88 Strategien, Impulse und Tipps für eine hohe Selbstmotivation*. Wiesbaden: Gabler.
- Schophaus, Malte, Schön, Susanne & Dienel, Hans-Liudger (2004). *Transdisziplinäres Kooperationsmanagement. Neue Wege in der Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Gesellschaft*. München: ökom Verlag.

- Schuler, Daniela & Burla, Laila (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012* (Obsan Bericht 52). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Seidel, Michael (2013). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). *Die Kerbe: Forum für soziale Psychiatrie*, 31 (3), 9.
- Sickendiek, Ursel, Engel, Frank, & Nestmann, Frank (2008). *Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze* (3. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Simhandl, Christian & Mitterwachauer, Klaudia (2007). *Depression und Manie. Erkennen und erfolgreich behandeln*. Wien: Springer.
- Stucki, Christoph & Grawe, Klaus (2007, Januar). Bedürfnis- und Motivorientierte Beziehungsgestaltung. *Psychotherapeut*, 52 (1), 16-23.
- Tetzer, Michael (2009). Zum Verhältnis von Emotionalität und Rationalität in der Sozialpädagogik. In Christine Meyer, Michael Tetzer, Katharina Rensch (Hrsg.), *Liebe und Freundschaft in der Sozialpädagogik. Personale Dimension professionellen Handelns* (S.108). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Thomann, Christoph & Schulz von Thun, Friedemann (2014). *Klärungshilfe 1. Handbuch für Therapeuten, Gesprächshelfer und Moderatoren in schwierigen Gesprächen* (7. Auflage). Reinbek: Rowohlt.
- Traversa (2012). *Leitbild*. Gefunden unter <http://www.traversa.ch/traversa/leitbild.html>
- Traversa (ohne Datum). *Wir sind für sie da*. Gefunden unter <http://www.traversa.ch/traversa/wir-sind-fuer-sie-da.html>
- Trost, Alexander & Schwarzer, Wolfgang (2013). *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie für psycho-soziale und pädagogische Berufe* (5., und aktualisierte Aufl.). Dortmund: Borgmann.
- Vauth, Roland, Bull, Nadine & Schneider, Gerda (2009). *Emotions- und*

stigmafokussierte Angehörigenarbeit bei psychotischen Störungen. Ein Behandlungsprogramm. Göttingen: Hogrefe.

Verein Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie (2011). *Qualitätsstandard Angehörigenarbeit Psychiatrie eine Empfehlung.* Gefunden unter http://www.angehoerige.ch/fileadmin/angehoerige/pdf/allgemeines/NAP_QS_2012.pdf

Von Spiegel, Hiltrud (2013). *Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Arbeitshilfen für die Praxis* (5., vollst. Überarb. Aufl.). München: Reinhardt.

Weber, Esther. (2012). *Beratungsmethodik in der Sozialarbeit. Das Unterrichtskonzept der Beratungsmethodik an der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit* (3., überarb. Aufl.). Luzern: Interact.

Wegweiser für psychische Gesundheit im Kanton Bern (2016). *Glossar.* Gefunden unter: <http://www.psy.ch/de/hauptnavigation/glossar-5.html>

Weinberger, Sabine (2011). *Klientenzentrierte Gesprächsführung. Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe* (13. Aufl.). Weinheim: Juventa Verlag.

Widulle, Wolfgang (2012). *Gesprächsführung in der sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen* (2., durchges. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.

Wilms, Hans-Ulrich, Bull, Nadine, Wittmund, Bettina & Angermeyer, Matthias C. (2005). *Hilfen für Partner psychisch Kranke. Ein Gruppenmanual für Angehörige chronisch psychisch kranker Menschen.* Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Wittchen, Hans-Ulrich & Jacobi, Frank (2005, August). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15 (4), 371.

Wolkenstein, Larissa & Hautzinger, Martin (2014). *Umgang mit bipolaren Patienten.* Köln: Psychiatrie Verlag.

Ziegler, Elke (2010). *Angehörigenarbeit bei bipolarer Erkrankung. Ein klinisch*

sozialarbeiterisches Konzept für den Bereich Psychiatrie. Wien: LIT.

Zwicker-Pelzer, Renate (2010). *Beratung in der sozialen Arbeit.* Bad Heilbrunn: UTB.

Titelbild:

SozialtherapeutiConsulting (2007). *Wie gehen wir vor, wenn wir miteinander arbeiten wollen?*, Gefunden unter:

<http://sozialtherapeutischesconsulting.blogspot.com/2007/01/wie-gehen-wir-miteinander-vor.html>