

# Belastete Familien beraten

Eine Forschung zur lösungsorientierten Familienberatung,  
wenn ein Elternteil psychisch erkrankt ist.



Bachelorarbeit der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit – Sozialarbeit

Karin Suter und Renate Theiler

**Bachelor-Arbeit**  
Ausbildungsgang **Sozialarbeit**  
Kurs **14-19**

**Karin Suter und Renate Theiler**

**Belastete Familien beraten**

**Eine Forschung zur lösungsorientierten Familienberatung, wenn ein Elternteil psychisch erkrankt ist.**

Diese Bachelor-Arbeit wurde im Juli 2019 eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialarbeit**.

---

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

---

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>

## 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 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 Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2019

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit

Leitung Bachelor

## Abstract

Diese Forschungsarbeit widmet sich Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil und dem lösungsorientierten Beratungsansatz. Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden, inwiefern eine lösungsorientierte Familienberatung angepasst werden muss, wenn ein Elternteil psychisch erkrankt ist und welche Schlüsse sich für die Sozialarbeit ableiten lassen. Es werden Fachwissen zu den Themen Psychische Krankheit, Klinische Diagnostik und Herausforderungen für Betroffene und Angehörige aufgezeigt. Weiter enthält die Arbeit Informationen über den lösungsorientierten Ansatz und über die allgemeine Familienberatung in der Sozialen Arbeit. Auch wie und mit welchen Werkzeugen in einer lösungsorientierten Familienberatung gearbeitet wird, ist Inhalt dieser Arbeit.

Zur Beantwortung der oben genannten Forschungs- und Praxisfrage wurden Personen aus der Sozialen Arbeit interviewt, welche mit der lösungsorientierten Familienberatung und psychisch erkrankten Personen gut vertraut sind. Die Expertinnen- und Experteninterviews wurden qualitativ aufbereitet und ausgewertet. Die Diskussion der Forschungsergebnisse zeigte auf, dass psychisch belastete Familien mit Hilfe des lösungsorientierten Ansatzes beraten werden können. Somit würde dieser Ansatz zu einem gelingenderem Familienalltag beitragen. Zum Schluss werden Folgerungen gezogen, wie die Soziale Arbeit – konkret die Sozialarbeitenden mit Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil – arbeiten könnte.

# Inhaltsverzeichnis

Abstract .....	4
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	7
1. Einleitung.....	8
1.1 Ausgangslage und Berufsrelevanz.....	8
1.2 Fragestellung und Zielsetzung.....	9
1.3 Aufbau .....	10
2. Psychische Krankheit.....	11
2.1 Was bedeutet eine psychische Krankheit?.....	12
2.1.1 Gesundheit – Krankheit.....	12
2.1.2 Klinische Diagnostik.....	13
2.1.3 Herausforderungen für psychisch kranke Menschen.....	18
2.2 Betroffene Familienangehörige psychisch erkrankter Menschen .....	22
2.2.1 Herausforderungen der Kinder betroffener Menschen .....	23
2.2.2 Herausforderungen der Partnerinnen und Partner betroffener Menschen.....	25
2.3 Fazit .....	27
3. Lösungsorientierte Familienberatung .....	28
3.1 Familien in der Sozialen Arbeit.....	29
3.1.1 Das Model der Familie.....	29
3.1.2 Auftrag der Sozialen Arbeit .....	30
3.1.3 Familienberatung .....	35
3.2 Lösungsorientierte Beratung.....	36
3.2.1 Begründung der lösungsorientierten Beratung .....	36
3.2.2 Grundannahmen und Haltungen des lösungsorientierten Ansatzes .....	37
3.2.3 Fertigkeiten der Beratungsperson.....	39
3.2.4 Wirksamkeit und Kritik .....	40
3.3 Familien lösungsorientiert beraten .....	42
3.3.1 Familiengespräche.....	42
3.3.2 Nützliche Fragetechniken in der lösungsorientierten Familienberatung.....	43
3.3.3 Lösungsorientiert arbeiten mit problemüberladenen Familien.....	45
3.3.4 Wenn es nicht gelingt.....	46
3.4 Fazit .....	47
3.5 Zusammenführung und Überleitung.....	47
4. Forschungsdesign .....	48
4.1 Erhebungsmethode .....	48
4.2 Sampling .....	49

4.3 Leitfadenkonstruktion .....	50
4.4 Datenaufbereitung .....	52
4.5 Datenauswertung .....	52
5. Forschungsergebnisse .....	54
5.1 Informationen zu den Expertinnen und Experten.....	54
5.2 Darstellung der Ergebnisse.....	55
5.2.1 Kategorie Diagnose.....	55
5.2.2 Kategorie Familiensystem .....	57
5.2.3 Kategorie Werkzeuge .....	61
5.2.4 Kategorie Grenzen des lösungsorientierten Ansatzes .....	64
5.2.5 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse.....	66
6. Diskussion der Forschungsergebnisse .....	67
6.1 Diskussion.....	67
6.1.1 Kategorie Diagnose.....	67
6.1.2 Kategorie Familiensystem .....	68
6.1.3 Kategorie Werkzeuge .....	71
6.1.4 Kategorie Grenzen des lösungsorientierten Ansatzes .....	72
6.2 Beantwortung der Forschungsfrage.....	73
7. Fazit, Praxisbezug .....	74
7.1 Schlussfolgerungen für Sozialarbeit und Beantwortung der Praxisfrage.....	74
7.2 Ausblick.....	79
8. Literaturverzeichnis.....	80

Die gesamte Arbeit wurde von Karin Suter und Renate Theiler gemeinsam verfasst.

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

- Titelblatt Familie im Schatten. Gefunden unter <https://www.evangelisch.de/inhalte/133477/08-04-2016/papst-fordert-von-katholischer-kirche-mehr-realismus-im-umgang-mit-familien>
- Abbildung 1: Psychische Funktionsbereiche (eigene Darstellung auf der Basis von Hell et al., S. 20-21)
- Abbildung 1a: Brain Function. Gefunden unter <https://www.askthetrainer.com/best-ways-to-boost-brain-function>
- Abbildung 2: Ursachen und Risiken erhöhter Morbidität und Mortalität bei schwer psychisch kranken Menschen (Jakobi et al., 2017, in Speck & Steinhart, 2018, S. 95)
- Abbildung 3: Arbeitsfelder und Berufsfelder Soziale Arbeit (Husi & Villiger, 2012, S. 46)
- Abbildung 4: Strukturierungshilfe sozialarbeiterischer Beratung (Weber & Kunz, 2012, S. 12)
- Abbildung 5: Vereinfachtes Ablaufmodell (eigene Darstellung auf Basis von Dressing und Prehl, 2018, S. 37)
- Tabelle 1: Psychiatrische Diagnostik (eigene Darstellung auf der Basis von Jäger, 2015, S. 5-156)
- Tabelle 2: Psychische Funktionsstörungen (eigene Darstellung auf der Basis von Hell et al., 2003, S. 23-59)
- Tabelle 3: Mögliche Familienprobleme (eigene Darstellung auf der Basis von Rössler 2012, S. 66-67)



# 1. Einleitung

Diese Forschungsarbeit wurde mit dem Fokus der Praxisnähe und der Berufsrelevanz von Karin Suter und Renate Theiler verfasst. Da belastete Familien in der Sozialen Arbeit ein grosses Thema sind, sehen sie eine intensive Auseinandersetzung mit dieser Thematik für ihre künftige Berufstätigkeit als wertvoll an.

In der Einleitung geht es zunächst darum, die Ausgangslage und die Berufsrelevanz dieser Forschungsarbeit aufzuzeigen. Die Fragestellungen und die Zielsetzungen werden danach dargelegt und ebenso die Adressaten, welche sich für die vorliegende Arbeit interessieren könnten. Danach wird die Abgrenzung des Themas ersichtlich, bevor zum Schluss der Aufbau der gesamten Bachelorarbeit erläutert wird.

## 1.1 Ausgangslage und Berufsrelevanz

Die Soziale Arbeit wird häufig mit Menschen konfrontiert, die psychisch beeinträchtigt sind. Wenn solche Personen in einem Familiengefüge leben, kann dieses Gefüge einerseits eine wichtige Ressource sein, andererseits kann die Familie auch eine belastende Komponente bedeuten. In beiden Fällen kann die Soziale Arbeit helfen, die Familie und die psychisch erkrankte Person zu stärken und das Familiensystem bei der Ressourcenerschliessung zu unterstützen.

Die verschiedenen Familienmitglieder haben unterschiedliche Bedürfnisse. Kinder fühlen sich vielleicht verloren, sie verstehen das Verhalten des Vaters oder der Mutter nicht. Sie würden gerne mit einer Person darüber sprechen, getrauen sich jedoch nicht, zum Beispiel aus Solidaritätsgründen. Partner oder Partnerinnen fühlen sich teilweise für die Erkrankung verantwortlich und umsorgen oder übersorgen die erkrankte Person deswegen zu stark. Sie stellen ihre Bedürfnisse zurück und gefährden somit auch ihre eigene Gesundheit.

Für die Soziale Arbeit, insbesondere die Sozialarbeit, stellt sich die Herausforderung, den unterschiedlichen Bedürfnissen aller Familienmitglieder gerecht zu werden. In der Familienberatung unterstützt sie die Familie dahingehend, dass ein gemeinsamer Alltag möglich und für alle annehmbar ist.

Da die lösungsorientierte Beratung ein stark personenzentrierter Ansatz ist, wird davon ausgegangen, dass sie sich sehr gut für Familienberatungen eignet. Aus diesem Grund wird dieser

Ansatz in Zusammenhang mit Familien mit einem psychischen erkrankten Elternteil genauer beleuchtet.

Mit dieser Bachelorarbeit sollen die Bereiche lösungsorientierte Familienberatung und psychisch erkrankte Menschen verknüpft werden. Dabei werden folgende Fragen erörtert:

Wie kann man in der Familienberatung mit lösungsorientiertem Ansatz bei einem Elternteil, welcher psychisch beeinträchtigt ist, allen gerecht werden? Welche Techniken des lösungsorientierten Ansatzes funktionieren in dieser Konstellation und welche müssen eventuell angepasst werden? Wie kann in der lösungsorientierten Beratung die Beeinträchtigung der psychisch erkrankten Person aufgefangen und gleichzeitig die Familie gestärkt werden?

## 1.2 Fragestellung und Zielsetzung

Aufgrund der oben beschriebenen Ausgangslage soll diese Bachelorarbeit folgende Fragen beantworten:

Theoriefrage 1: Inwiefern fordert die psychische Erkrankung eines Elternteils die einzelnen Familienmitglieder heraus?

Theoriefrage 2: Welches sind die Hauptaspekte der lösungsorientierten Familienberatung?

Forschungsfrage: Inwiefern muss die lösungsorientierte Familienberatung angepasst werden, wenn ein Elternteil psychisch krank ist?

Praxisfrage: Welche Schlüsse lassen sich für die Sozialarbeit in der lösungsorientierten Familienberatung ableiten?

Das Ziel dieser Fragestellungen ist es, die wichtigsten Informationen herauszuarbeiten, mit denen eine Familie mit einem psychisch erkrankten Elternteil konfrontiert wird. Kann die lösungsorientierte Familienberatung hier eine Hilfestellung leisten? Es sollen die Grundlagen, die Philosophie und die Möglichkeiten dieser Methode aufgezeigt werden.

In dieser Arbeit werden die psychischen Erkrankungen und deren Auswirkungen in der Lebenswelt im Allgemeinen betrachtet. Die konkreten Erkrankungen und Störungsbilder sind dabei ausgeschlossen. Der Fokus wurde auf die lösungsorientierte Familienberatung und deren Werkzeuge gerichtet. Die Arbeit beinhaltet weder weitere Beratungsansätze noch andere Beratungsgruppen. Auch die

Beratung im Zwangskontext, wenn die Kontrollfunktion stark im Vordergrund steht, wurde nicht thematisiert.

Die Bachelorarbeit richtet sich an Sozialarbeitende, welche mit Familien mit psychisch erkrankten Elternteilen arbeiten und sich für die lösungsorientierte Beratung interessieren. Für jene, welche die Möglichkeit sehen oder zumindest neugierig sind, ob sich die beiden Themen miteinander verknüpfen lassen, ist sie eine spannende Lektüre. Der folgende Aufbau zeigt in Kürze auf, wie die Arbeit zusammengesetzt ist.

### 1.3 Aufbau

Diese Bachelor-Arbeit teilt sich in einen theoretischen und empirischen Teil auf. Die Hauptakteure der Forschungsfrage sind die psychisch kranken Menschen, deren gesunden Partnerinnen/Partner und ein oder mehrere Kinder, welche aus dem Paar eine Familie entstehen lassen. Diesen Menschen widmet sich das Kapitel zwei. Zuerst werden die Begrifflichkeiten Gesundheit und Krankheit näher beleuchtet. Weiter geht es mit der Frage, wann ein Mensch als psychisch krank gilt und wie dies eruiert wird. Einen grossen Raum nimmt die Darstellung ein, vor welchen Herausforderungen und Belastungen die einzelnen Familienmitglieder stehen. Während sich das Kapitel zwei der Theoriefrage 1 widmet, folgt im dritten Kapitel ein theoretischer Abriss zu den Themen der lösungsorientierten Familienberatung und dem Auftrag der Sozialen Arbeit. Darin wird die Theoriefrage 2 beantwortet.

Das vierte Kapitel beinhaltet das Forschungsdesign der durchgeführten Experteninterviews. Anschliessend werden im nächsten Kapitel fünf die Ergebnisse aufgeführt, worauf die Diskussion mit dem eingeführten Theoriewissen im sechsten Kapitel folgt. Darin enthalten ist auch die Beantwortung der Forschungsfrage unter dem Kapitel 6.2. Den Abschluss dieser Bachelorarbeit findet sich im siebten Kapitel, in welchem letztlich die Schlussfolgerungen für die Praxis der Sozialen Arbeit gezogen werden. Auf die Praxisfrage wird unter Kapitel 7.2 eingegangen.

## 2. Psychische Krankheit

Psychische Krankheit spielt in der vorliegenden Bachelorarbeit eine zentrale Rolle. Zum einen geht es um die psychisch kranken Menschen, zum andern aber auch um die betroffenen Familienangehörigen. „Niemand ist allein krank“, dies thematisieren auch Arist von Schlippe und Jochen Schweizer (2013, S. 85).

Wenn psychische Grundfunktionen wie die Wahrnehmung, das Denken und Fühlen, die Kommunikation, das Lernen, aber auch die biologischen Rhythmen oder die Erledigung von grundlegenden Alltagsaktivitäten gestört sind, sprechen Manfred Pretis und Aleksandra Dimova (2010) von einer psychischen Störung. Diese Veränderungen rufen nicht nur bei den Betroffenen, sondern auch bei Angehörigen einen Leidensdruck hervor (S. 39).

In der Literatur wird die Begrifflichkeit Psychische Erkrankung, psychische Beeinträchtigung, psychische Störung usw. verwendet. Dabei gibt es keine allgemein gültige Definition. Wie im Kapitel 2.1.2 genauer beschrieben, verwendet man bei der Klinischen Diagnostik anhand von ICD-10 und/oder DSM-5 den Begriff „psychische Störung“.

In dieser Bachelorarbeit werden im Folgenden alle Begriffe verwendet.

Psychische Erkrankungen sind keine Seltenheit und kommen häufig vor. Sie gehören zu den häufigsten Erkrankungen insgesamt. Fast jede zweite Person erkrankt irgendwann in ihrem Leben an einer psychischen Störung (Hans-Ulrich Wittchen und Frank Jacobi, 2005, zit. in Daniela Schuler, Alexandre Tuch, Natalie Buscher und Paul Camenzind, 2016, S. 11-12). Man kann davon ausgehen, dass in Europa laut der Expertenschätzung von Wittchen und Jacobi im Jahr 2011 am häufigsten Angststörungen (14%), affektive Störungen, vor allem Depression (7,8%), somatoforme Störungen, also körperliche Beschwerden, für die keine hinreichenden organischen Ursachen gefunden werden (4,9 %) und Störungen durch psychotrope Substanzen, vor allem Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit (3,4 %) vorkommen. Persönlichkeitsstörungen treten häufig komorbid mit anderen Störungen auf. Von psychischen Störungen sind Frauen etwa zwei bis drei Mal häufiger betroffen als Männer. Davon ausgeschlossen sind Substanz- und psychotische Störungen. Zudem kann man davon ausgehen, dass ca. drei Viertel der psychischen Störungen unbehandelt bleiben (ebd.).

Im Folgenden werden die psychischen Erkrankungen und die Bedeutung für die Betroffenen und ihre Familienangehörigen thematisiert. Es wird jedoch nicht auf die einzelnen Störungsbilder eingegangen, sondern lediglich ein grober Überblick aufgezeigt.

## 2.1 Was bedeutet eine psychische Krankheit?

Um sich der Begrifflichkeit der psychischen Krankheit widmen zu können, ist es unabdingbar, sich mit dem Gesundheitsbegriff und dem damit verbundenen Kontinuum Gesundheit – Krankheit auseinanderzusetzen. Weiterführend wird die klinische Diagnostik näher beleuchtet und aufgezeigt, vor welchen Herausforderungen psychisch erkrankte Menschen und ihre Angehörigen stehen.

### 2.1.1 Gesundheit – Krankheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1946) definiert die Gesundheit als einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens. Sie ist also nicht nur als das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen zu verstehen. Die Abwesenheit von bestimmten Eigenschaften oder Zustände sagt letztlich wenig über die Verbleibenden aus. Die WHO bezieht in ihrer Definition mehrere Dimensionen ein: die physische, psychische, soziale und ökologische. Demnach ist Gesundheit nicht nur Abwesenheit von körperlicher Krankheit. Wer also unter unmenschlichen Bedingungen seine soziale Rolle erfüllt und nicht erkrankt, muss nicht unbedingt als gesund gelten (S. 100).

Dabei weist Martin Hafén (2014), anhand von Aaron Antonovskys «Konzeption der Gesundheit als Kontinuum», darauf hin, weder Gesundheit noch Krankheit als absoluten Zustand anzusehen. Gesundheit und Krankheit liegen eng beieinander und bedingen sich wechselseitig. Sie sind als Kontinuum zu verstehen. Der Einfluss der beiden Seiten im Leben eines Menschen verändert sich laufend. So sind die Übergänge fließend und nicht trennscharf festzulegen. Es gibt also weder eine vollständige Gesundheit, noch eine absolute Krankheit (S. 25).

Dies veranschaulicht Andreas Heinz (2016) in seinem beschriebenen Beispiel eines Menschen, welcher als Diagnose eine affektive Psychose hat, jedoch aktuell ohne Medikamente im Intervall symptomfrei ist. Kann dieser Mensch nun als gesund bezeichnet werden, da er nicht akut krank ist? Heinz vertritt eher die Meinung, dass trotz Symptomfreiheit von einer „Krankheit“ ausgegangen werden muss, da nach wie vor ein erhöhtes Krankheitsrisiko besteht (S. 61).

Wie zu Beginn des Kapitels beschrieben, beinhaltet Gesundheit Wohlergehen. Diese Befindlichkeit ist laut Hafén (2014) an die Psyche gebunden, wird individuell wahrgenommen und ist selbst konstruiert (S. 111). So kann sich eine Person, die sozial gut eingebunden ist, eine Arbeit hat, die sie liebt und über eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung verfügt, sich wohlfühlen, auch wenn sie z.B. an Krebs erkrankt ist (S. 53).

Krankheiten manifestieren sich anhand von Symptomen, welche mehr oder weniger gut erforscht sind. So spricht man in der Medizin z. B. von einem grippalen Infekt, wenn die Symptome Frösteln, Halsschmerzen, Schnupfen, Kopfschmerzen und hohes Fieber zusammen auftreten. Gesundheit hat zwar auch ihre Symptomatik wie Wohlbefinden, Lebenslust oder Kohärenzgefühl. Allerdings ist Gesundheit nicht wie die einzelnen Krankheiten spezifiziert und als Erklärungsprinzip für die genannten Symptome empirisch weit weniger gut abgesichert. So ist Wohlbefinden kein Symptom, sondern eher eine Folge von Gesundheit. Es gibt keine klar bestimmbaren positiven Symptome und Wohlbefinden ist kein verlässlicher Marker von Gesundheit. Jeder Mensch definiert es etwas anders. Wohlbefinden kann aber ein wichtiger Faktor sein, der die Gesundheit beeinflusst. So bleibt die Abwesenheit von Krankheit eines der zentralen Merkmale der Beobachtung von Gesundheit (S. 112).

### 2.1.2 Klinische Diagnostik

Die Diagnose steht im Mittelpunkt des ärztlichen Denkens und Handelns (Markus Jäger, 2015, S. 7). Während die Diagnose laut Duden (Wörterbuch medizinischer Fachbegriffe, 2007, S. 233) das Produkt darstellt, welches bei der Diagnose bestimmt wurde, bedeutet Diagnostik die Lehre und die Kunst, die das Stellen von Diagnosen zum Gegenstand hat, also den Prozess. Die beiden Begriffe stammen aus dem Griechischen und können auch als „gründlich kennen lernen“, „entscheiden“ und „beschliessen“ übersetzt werden. Bei der Diagnostik spricht man in der wissenschaftlichen Literatur von einer Methodenlehre, welche das Ziel der Beurteilung und Unterscheidung von Menschen hat (Manfred Amelang & Lothar Schmidt-Atzert, 2006, S. 2).

Da sich die psychiatrische Diagnostik nur selten auf naturwissenschaftliche Befunde berufen kann, wird sie im Gegensatz zu anderen Fachdisziplinen oftmals angezweifelt. Dies kann ein Grund sein, weshalb sich Patientinnen und Patienten schutzlos ausgeliefert fühlen. Um die Diagnostik objektiver und zuverlässiger auszuführen, stehen heute die Manuale DSM-5 und ICD-10 zur Verfügung (Jäger, 2015, S. 7).

In diesen sind klare diagnostische Leitlinien, Ein- und Ausschlusskriterien für jede Störung beschrieben. Weiter sind damit Diagnosen auch in verschiedenen Kliniken, Regionen und Ländern vergleichbar geworden (Jäger, 2015, S. 156).

Laut Prof. Elke Brusa-Hoevels, (Sozialarbeiterin FH und Psychotherapeutin, Experteninterview in Luzern 25. März 2019) wird in der Schweiz vor allem das Manual ICD-10 verwendet.

<b>Diagnosemanual</b>	ICD-10 Von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt (Neufassung geplant → ICD-11)	DSM-5 Von der Amerikanischen Psychischen Vereinigung (APV) entwickelt
<b>Klassifikation</b>	ICD-10 ist ein Klassifikationssystem für die gesamte Medizin. Die psychischen Störungen stellen hier lediglich ein Kapitel (nämlich Kap. V) unter vielen anderen dar. Der Fokus liegt auf den Kriterien bzw. den diagnostischen Leitlinien für die einzelnen Störungen.	DSM-5 beschäftigt sich ausschliesslich mit Klassifikation und Diagnostik psychischer Störungen.
<b>Definition psychische Störung</b>	Psychische „Störung“ ist kein „exakter Begriff“. Störung wird vielmehr als klinisch erkennbaren Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten“ verstanden.	Unter psychischer Störung wird eine klinisch bedeutsame Störung von Kognition, Emotionsregulation oder Verhalten verstanden, welche auf einer Dysfunktion von mentalen Prozessen beruht.
<b>Gliederung</b>	Die Hauptgruppen sind teilweise wieder in Untergruppen unterteilt. → traditionelle Gliederung	Das Manual ist in 20 Hauptgruppen gegliedert, welche teilweise wiederum in Subgruppen unterteilt sind. Die Gliederung des DSM-5 orientiert sich massgeblich am Gedanken von Lebensphasen. Für psychische Störungen mit einer fassbaren organischen Ursache ist kein eigenes Kapitel aufgeführt.
<b>Hauptgruppen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen</li> <li>2. Psychische und</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung</li> <li>2. Schizophrenie-Spektrum und andere psychotische Störungen</li> <li>3. Bipolare und verwandte Störungen</li> </ol>

	<p>Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen</li> <li>4. Affektive Störungen</li> <li>5. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen</li> <li>6. Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren</li> <li>7. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen</li> <li>8. Intelligenzminderung</li> <li>9. Entwicklungsstörungen</li> <li>10. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Depressive Störungen</li> <li>5. Angststörungen</li> <li>6. Zwangsstörungen und verwandte Störungen</li> <li>7. Träume- und belastungsbezogene Störungen</li> <li>8. Dissoziative Störungen</li> <li>9. Somatische Belastungsstörungen und verwandte Störungen</li> <li>10. Fütter- und Essstörungen</li> <li>11. Ausscheidungsstörung</li> <li>12. Schlaf-Wach-Störung</li> <li>13. Sexuelle Funktionsstörungen</li> <li>14. Geschlechtsdysphorie</li> <li>15. Disruptive, Impulskontroll- und Sozialverhaltensstörungen</li> <li>16. Störungen in Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen</li> <li>17. Neurokognitive Störungen (NCD)</li> <li>18. Persönlichkeitsstörungen</li> <li>19. Paraphile Störungen</li> <li>20. Medikamentös-induzierte Bewegungsstörungen und andere unerwünschte Medikamentenwirkungen</li> </ol>
<p><b>Komorbiditätsprinzip (um eine adäquate Abbildung der Symptomatik im kategorialen Klassifikationssystem zu ermöglichen)</b></p>	<p>In der ICD-10 wird das Komorbiditätsprinzip betont. Dies bedeutet, dass im Bedarfsfall mehr als eine Diagnose zu stellen ist, um die Symptomatik des Patienten adäquat abzubilden.</p>	<p>In der DSM-5 soll im Bedarfsfall mehr als eine Diagnose gestellt werden. Eine solche Mehrfachzuordnung ist erwünscht.</p>

Tabelle 1: Psychiatrische Diagnostik (eigene Darstellung auf der Basis von Jäger, 2015, S. 5-156)



Wie oben bereits beschrieben ist laut ICD-10 Manual eine psychische Störung ein Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten. Der psychopathologische Befund wird in der Psychiatrie nach elementaren psychischen Funktionsbereichen geordnet (Daniel Hell, Jérôme Endrass & Jürg Vontobel, 2003, S. 20). Die Lehre von den psychischen Phänomenen ist die Psychopathologie. Diese Phänomene zeigen sich als Symptome psychiatrischer Erkrankungen (Volker Arolt, Christian Reimer & Horst Dilling, 2011, S. 28). Die Funktionsbereiche sind abhängig voneinander und werden wie folgt eingeteilt:



Abbildung 1: Psychische Funktionsbereiche (eigene Darstellung auf der Basis von Hell et al., S. 20-21) Abbildung 1a: Brain Function. Gefunden unter <https://www.askthetrainer.com/best-ways-to-boost-brain-function/>

In der folgenden Übersicht werden einige der wichtigsten Störungen der verschiedenen Funktionsbereichen aufgelistet. Suizidalität, Fremdaggression und Selbstverletzung sind weitere umschriebene Symptome:

<p>Bewusstseinsstörungen</p>	<p>Quantitative Bewusstseinsstörungen: Wachheit, Somnolenz, Sopor, Koma</p> <p>Qualitative Bewusstseinsstörungen: Bewusstseinsengung, Dämmerzustand,</p>
------------------------------	--

	Bewusstseinstrübung, Bewusstseinerweiterung
Orientierungsstörungen	Örtliche, zeitliche, situative und personale Orientierungsstörung
Gedächtnisstörungen	Amnesie, Konfabulationen
Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen	Störung der Selektivität der Aufmerksamkeit und der Fokussierung auf Reize und kognitive Operationen
Wahrnehmungsstörungen	Gesteigerte oder verminderte Wahrnehmung, Halluzinationen, Illusionen
Denkstörungen	Verlangsamung, Logorrhoe, Mutismus, Zerfahrenheit, Zwangsgedanken, Wahn
Ich-Störungen	Gedankenausbreitung, Gedankenentzug, Gedankeneingebung Derealisation, Depersonalisation
Störungen im affektiven Bereich	Affektarmut, -labilität, -inkontinenz, Parathymie, Euphorie, Depressivität, Angst
Antriebsstörungen	Antriebsverminderung, Antriebshemmung, Antriebssteigerung
Psychomotorische Störungen	Verlangsamung: Katalepsie/Stupor Steigerung: Stereotypie, Agitiertheit
Störungen im psychobiologischen Bereich (vegetative Funktionen, Sexualität, Schlaf, Appetit)	Libidoverminderungen und sexuelle Dysfunktionen Einschlaf- und Durchschlafstörungen Appetit- und Gewichtsveränderungen
Suizidalität	Ist bei psychisch erkrankten Menschen häufig, als Zeichen einer Hoffnungs- und Perspektivenlosigkeit
Fremdaggression	Häufig bei Suchterkrankten sowie bei Psychosekranken und bei Borderline- und dissozialen Persönlichkeitsstörungen
Selbstverletzungen	Ohne offenkundigen Willen, sich das Leben zu nehmen, fügen sich vor allem Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung, aber auch Psychosekranken zu
Intelligenz	Angeborener oder perinataler

	<p>Intelligenztiefstand unterschiedlichen Schweregrads</p> <p>Erworbene Intelligenzminderung des primär vollständig entwickelten Gehirns durch organische Hirnerkrankungen</p>
--	--

Tabelle 2: Psychische Funktionsstörungen (eigene Darstellung auf der Basis von Hell et al., 2003, S. 23-59)

Die kleinsten beschreibbaren Untersuchungseinheiten sind psychopathologische Symptome. Eine psychiatrische Störung lässt sich aber nicht allein aufgrund von isolierten Symptomen diagnostizieren. Erst wenn die Symptome genug häufig und über eine hinreichend lange Dauer auftreten, sowie den Betroffenen selbst und/oder dessen soziale Umgebung belasten, kann man von einer Krankheit sprechen. Auch bei Gesunden können einzelne Symptome vorkommen (Hell et al., 2003, S. 34).

### 2.1.3 Herausforderungen für psychisch kranke Menschen

Im folgenden Teil wird aufgezeigt, in welchen Lebenssituationen sich Menschen mit einer schweren psychischen Beeinträchtigung befinden. Dabei wird zuerst auf die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) eingegangen, welche die Schweiz 2014 ratifiziert hat (Eidgenössisches Departement des Inneren EDI, ohne Datum). Weiter wird erläutert, wie die Teilhabe bei psychisch kranken Menschen aussieht und welchen Hürden sich Betroffene stellen müssen.

Die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) fordert Inklusion und eine selbstverständliche Teilhabe und Anerkennung aller Mitglieder einer Gemeinschaft. Dabei sind die Menschen mit Behinderungen und deren Perspektive, Würde und ihr Recht auf Selbstbestimmung im Fokus. Die BRK wendet den defizitorientierten und fürsorglichen Blick auf Menschen mit Behinderungen bewusst ab und gibt Impulse für den gesamtgesellschaftlichen Kontext (Andreas Speck & Ingmar Steinhart, 2018, S. 7). Einen barrierefreien Zugang zu allen möglichen Lebensbereichen wie Wohnen, Arbeit, Kultur genügt nicht. Vielmehr sollen sich Menschen mit Behinderung als ein Teil der Gesellschaft sehen, welcher sich einbringt, mitgestaltet und somit zur Bereicherung der Gesellschaft beiträgt (Bielefeld, 2009, zit. in Speck & Steinhart, 2018, S. 7).

Der Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. hat sich in der BAESCAP-Studie dem Personenkreis der Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen gewidmet. In einer systematischen Herangehensweise mit Hilfe des Capability Approaches Ansatzes wurden Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen befragt. Im Fokus waren Teilhabechancen und -

risiken, welche im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung generiert wurden (Speck & Steinhart, 2018, S. 7).

Der Capabilities-Ansatz von Amartya Sen und Martha Craven Nussbaum (1999) fragt nach dem guten Leben und stellt die gelingende praktische Lebensführung in den Mittelpunkt. Nussbaum erweitert diesen Ansatz um eine „objektive Liste“, welche ein erfülltes, gedeihliches Leben im Sinne komplexer menschlicher Zustände und Handlungsweisen abbilden soll (S. 57–58).

Im Weiteren geht es nun nicht um ein exaktes Abbilden der konkreten Zahlen, welche aus der oben erwähnten BAESCAP-Studie hervor gegangen sind. Vielmehr sollen die Ergebnisse in einer groben Tendenz wiedergegeben werden, um sich so ein Bild machen zu können, mit welchen Herausforderungen psychisch erkrankte Menschen konfrontiert sind. Dabei umfasst Teilhabe viele Dimensionen des alltäglichen Lebens und reicht u.a. vom Zusammenleben in der Familie über Bildung und Beschäftigung zu Freizeit und Wohnen (Speck & Steinhart, 2018, S. 65).

Soziale Beziehungen: Laut Speck und Steinhart (2018) gehen soziale Beziehungen und soziale Unterstützungssysteme über den Familienstand hinaus. Das soziale Netz umfasst auch weitere verwandtschaftliche, freundschaftliche und nachbarschaftliche Beziehungen und hat für die Förderung und Stabilisierung von psychischer Gesundheit eine zentrale Bedeutung. Dabei zeigt sich, dass die jungen und die alten Altersgruppen sozial besser eingebunden sind. Frauen haben tragfähigere und grössere soziale Netzwerke wie Männer (S. 55-73).

Psychisch kranke Menschen leben deutlich weniger in festen Partnerschaften oder sind verheiratet. Der Anteil Geschiedener markant höher als in der Allgemeinbevölkerung. Die fehlende Paarbeziehung hat eine zwischenmenschliche Teilhabe einschränkung zur Folge und Unterstützungspotentiale bleiben ungenutzt bzw. fehlen ganz. Je jünger die psychisch kranken Menschen waren, desto häufiger waren sie kinderlos.

Besonders exkludiert von sozialer Unterstützung sind Personen mit einer selbst zugeschriebenen Depression bzw. bipolaren Störung. Diese Menschen weisen noch gesonderte Risikofaktoren auf, welche mit einer verstärkten Isolierung einhergehen können (ebd.).

Bildung und Ausbildung: Da bei fast der Hälfte der Befragten die Ersterkrankung vor dem 21. Lebensjahr eintrat, traf diese genau in jener biografischen Phase auf, wo die grundlegenden Bildungsabschlüsse erreicht werden. So lässt sich erklären, weshalb die Bildungssituation bei Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen so prekär ist. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung fällt das Bildungsniveau der befragten Menschen deutlich ab. Sie haben

viermal so häufig keinen Schulabschluss und damit auch keinen Berufsabschluss. Mit dieser Ausgangslage wird der Zugang in die Arbeitswelt praktisch unmöglich (Speck & Steinhart, 2018, S. 59-92).

Erwerbsarbeit: In der BAESCAP-Studie ging hervor, dass es für mehr als die Hälfte der Befragten fast unmöglich ist, eine geeignete Stelle im Arbeitsmarkt zu finden. Einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit geht nur gut ein Zehntel nach. Dies stellt ein grosser Exklusionsfaktor dar. Für eine Industriegesellschaft bedeutet die Erwerbsarbeit ein grosser Identifikationsfaktor. Somit ist klar, welcher grosser Stellenwert eine Erwerbstätigkeit auf die Teilhabechancen von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen einnimmt (ebd.).

Freizeit: Die Freizeitgestaltung stellt eine gute Möglichkeit für Begegnungen zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen dar; fern von Zwängen und Leistungsdruck. Diese Inklusionsprozesse dürfen nicht unterschätzt werden. Auch für die Persönlichkeitsentwicklung nimmt der Lebensbereich Freizeit, neben Wohnen, Bildung, Beschäftigung und Kultur einen wesentlichen Stellenwert ein. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung pflegen Menschen, welche psychisch krank sind, auffällig seltener verwandtschaftliche Kontakte. Eine zentrale Forderung der UN-BRK ist die Teilhabe an demokratischen Prozessen. Hier lässt sich kein grosser Unterschied zur Allgemeinbevölkerung feststellen. Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung beteiligen sich nie an politischen Prozessen. Auch die Rolle der Religion im Lebensalltag ist vergleichbar im Gegensatz zur digitalen Teilhabe, welche eine gesellschaftliche Exklusion darstellt (Speck & Steinhart, 2018, S. 59-92).

Wohnen: Bei der selbstbestimmten alltäglichen Lebensführung spielt das eigenständige Wohnen eine zentrale Rolle und hat auch einen grossen Einfluss auf andere Aspekte von Teilhabe. So ist auch in der UN-BRK die Selbstbestimmung, neben der Inklusion, eine zentrale normative Leitformel. Während früher Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen meist in Heimen wohnten, gilt heute das Credo „Ambulant vor stationär“. Dieser Fortschritt wird durch die UN-BRK unterstützt, die im Art. 19 das Recht auf eine freie Wahl der Wohnformen formuliert. So gibt es neben dem Wohnen im Heim auch das Angebot des ambulant betreuten Wohnens oder Tagesstätte / Werkstätte für psychisch behinderte Menschen. Diese Angebote nehmen Frauen wie Männer gleichermassen wahr. Befragte in Wohnheimen leben nur halb so häufig in einer Partnerschaft wie Befragte ohne Wohnunterstützung (ebd.).

Es ist nachvollziehbar, dass psychisch beeinträchtigte Menschen im ambulanten Setting deutlich selbstbestimmter erleben als Heimbewohner. Die Wahlfreiheit hat einen signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität und Zufriedenheit und kann zur Verminderung psychopathologischer Symptomatik beitragen. Auch bei den Heimbewohner möchten die meisten unabhängig wohnen und geben an, dass sie sich nicht frei oder nur eingeschränkt für die Wohnform entschieden zu haben (Richter, Hoffmann 2017; zit. in Speck & Steinhart, 2018, S. 78).

Ersterkrankungsalter: Um zu erfassen, wann die psychische Störung zum ersten Mal aufgetreten ist, wurden die Betroffenen selbst nach ihrer Einschätzung nach dem Ersterkrankungsalter gefragt. Dabei resultierte, dass knapp ein Viertel unter dem 15. Lebensjahr erkrankte. Weiter konnte festgestellt werden, dass bei Frauen eine psychische Störung früher auftrat als bei Männern (Speck & Steinhart, 2018, S. 91).

Komorbidität: Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung wollen, wie alle anderen auch, ein möglichst normales und selbstbestimmtes Leben führen. Jedoch ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung die somatische Komorbidität deutlich erhöht. Diese ist beeinflusst von der allgemeinen Gesundheit, der Wohnung, der Freizeit, der beruflichen Situation und des Lebensstandards insgesamt. Dabei spielt die Zufriedenheit mit den genannten Bereichen eine gewichtige Rolle. Die Folge von sozial benachteiligten Lebenssituationen, einem ungesunden Lebensstil und dem Zusammenspiel weiterer Risikofaktoren führen zu einem vergleichsweise schlechten physischen Gesundheitszustand von schwer psychisch kranken Menschen. Die Mortalität bei schizophrenen Störungen, bipolaren Störungen, schweren Depressionen und Borderline-Störungen ist deutlich erhöht. Es führen jedoch nicht primär die psychische Erkrankung selbst zum (verfrühten) Tod, sondern die Begleitumstände (Speck & Steinhart, 2018, S. 94-99).

Nach Jakobi et al. (2017, zit. in Speck & Steinhart, 2018, S. 95) lassen sich die Ursachen und Risiken erhöhter Morbidität und Mortalität bei Personen mit schweren psychischen Erkrankungen wie folgt zusammenfassen:

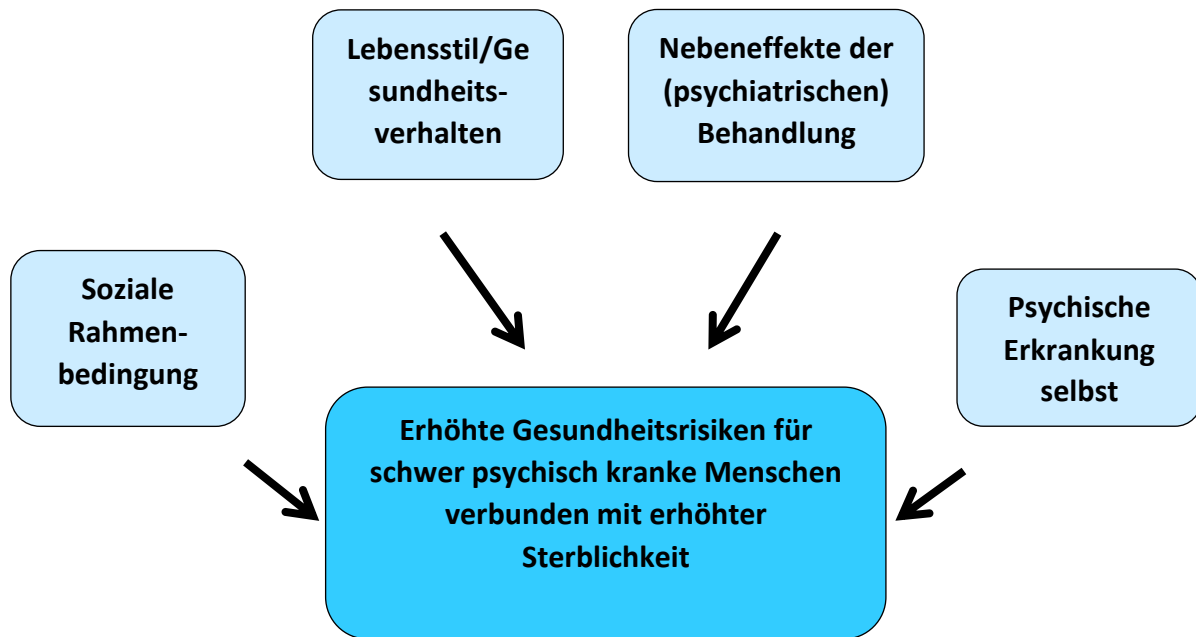


Abbildung 2: Ursachen und Risiken erhöhter Morbidität und Mortalität bei schwer psychisch kranken Menschen (Jakobi et al., 2017, in Speck & Steinhart, 2018, S. 95)

Stigmatisierung: Wer von Stigmatisierung betroffen, der individuellen Diskriminierung in der Öffentlichkeit (öffentliches Stigma) ausgesetzt ist und aus verschiedenen Subsystemen wie Arbeit (strukturelles Stigma) ausgegrenzt wird, hat klar verminderte Teilhabechancen. Davon betroffen scheinen deutlich mehr Frauen als Männer. Eine Differenz betrifft auch das Alter, da Jüngere mehr Stigmaerfahrungen machen als Ältere. Eher von Stigmaerfahrungen und verminderten Teilhabechancen berichten Menschen mit mehr als einer somatischen Diagnose (Speck & Steinhart, 2018, S. 103-110).

## 2.2 Betroffene Familienangehörige psychisch erkrankter Menschen

Manfred Pretis und Aleksandra Dimova (2010) betonen: „Eine psychische Erkrankung ist im Gegensatz zu vielen anderen Krankheiten kein Einzelschicksal, sondern eine <Familienkrankheit> und betrifft immer das gesamte System“ (S. 43).

Laut Albert Lenz und Silke Wiegrand-Grefe (2017) herrscht in jeder Familie eine individuelle Dynamik. Eine elterliche psychische Erkrankung destabilisiert das gesamte Familiensystem. Durch die

Problemkonstellation und Belastungsanforderungen werden zwischen den Generationen die Aufgaben vermischt. Was eigentlich in die Verantwortung der Erwachsenenwelt gehört, übernehmen in einer Rollenumkehr Kinder (S. 4).

### 2.2.1 Herausforderungen der Kinder betroffener Menschen

Im folgenden Teilkapitel wird die Situation von Kindern abgebildet, welche einen Elternteil haben, der psychisch krank ist. Der Fokus liegt dabei auf den Alltag in der Familie und um die subjektiven Belastungen dieser Kinder. Albert Lenz und Silke Wiegand-Grefe (2017) haben sich in ihrem Buch „Kinder psychisch kranker Eltern“ intensiv damit auseinandergesetzt und dabei den Stand der Forschung zusammengefasst dargestellt. Da für die vorliegende Arbeit die Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Herausforderungen von grosser Bedeutung sind, werden die wichtigsten Fakten aus Lenz und Wiegand-Grefe herausgefiltert.

Psychisch kranke Menschen haben im Durchschnitt genauso häufig Kinder wie psychisch Gesunde. Der überwiegende Teil der Erkrankten, welche Eltern sind, wohnen mit ihren minderjährigen Kindern im selben Haushalt (S. V).

Für die kindliche Entwicklung stellt die Tabuisierung der psychischen Erkrankung von Eltern ein grosser Risikofaktor dar und drückt sich in der Symptomatik der betroffenen Kinder aus. In zahlreichen Studien konnte aufgezeigt werden, dass das Risiko der Kinder selbst eine psychische Störung zu entwickeln viermal höher ist im Vergleich zu Kindern psychisch gesunder Eltern. Da die elterliche Erkrankung einen wichtigen Einfluss auf die Beziehungs- und Erziehungskompetenzen hat, ist ein sehr junges Alter von Kindern bei der Erstmanifestation der elterlichen Erkrankung entscheidend (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017, S. 1- VI).

Die Ergebnisse vorliegender Studien von Lenz und Silke Wiegand-Grefe lassen sich in folgende Bereiche subjektiver Belastungen von Kindern psychisch kranker Eltern unterteilen (S. 4):

- Elterliche Erkrankung
- Tabuisierung, Isolierung und Kommunikationsverbot
- Soziale Unterstützung
- Familiärer Alltag
- Parentifizierung
- Gefühlslagen der Kinder



Elterliche Erkrankung: Kinder spüren sehr schnell, wenn mit ihren Eltern etwas nicht in Ordnung ist, sind sie doch emotional eng mit ihnen verknüpft. Wenn bei Eltern Persönlichkeitsveränderungen aufgrund einer psychischen Krankheit auftreten, ist das für Kinder sehr belastend. Weitere Faktoren, welche die Kinder beeinträchtigen, sind akute Symptome, aber auch die Dauer und der Verlauf der Krankheit. Besonders schlimm ist es, wenn ein Elternteil suizidal wird. Auch wenn sich der erkrankte Elternteil als Ausdruck seiner psychischen Störung in seinem Wesen stark verändert, und vom Kind als fremd oder gar unheimlich erlebt wird, kann dies besonders beeinträchtigend sein. Ein traumatischer Einschnitt ist es für Kinder, wenn ein Elternteil in die Klinik eingewiesen wird. Gefühle wie Ängste, „ich werde im Stich gelassen“ oder „ich werde allein gelassen“ sind oft im Vordergrund. Allerdings kann es für Kinder auch eine Entlastung sein, wenn vor dem Klinikeintritt eine Situation mit einer längeren, akuten Krankheitsphase stattfand. Schwierig für Kinder ist auch, dass der erkrankte Elternteil Autonomie und Autorität verliert. Das Elternbild wird dadurch erschüttert (Lenz & Wiegand-Greife, S. 5-7).

Tabuisierung, Isolierung und Kommunikationsverbot: Kinder psychisch kranker Eltern fechten oft einen inneren Konflikt mit sich aus: Sie nehmen beim psychisch erkrankten Elternteil Veränderungen wahr, doch viele Eltern wollen ihre Kinder schützen, besonders jüngere, indem sie ihre Krankheit nicht thematisieren. So bleibt ein unsicheres Gefühl bei den Kindern zurück. Sie können ihre Gefühle und Wahrnehmungen nicht einordnen, was häufig viel belastender für die Kinder ist. Wenn Eltern nicht offen über die Krankheit sprechen, wagen auch die Kinder nicht, sich jemandem anzuvertrauen, Fragen zu stellen, um die Situation besser einordnen zu können. Verhindert wird also mit der Tabuisierung der Krankheit, dass betroffene Kinder Ressourcen mobilisieren können. Der innere Konflikt entsteht wegen dem (nicht gestillten) Bedürfnis, sich jemandem anvertrauen zu können. Gleichzeitig empfinden die Kinder Schamgefühle, aber auch das Gefühl, den Elternteil zu verraten und zu hintergehen. Die Kinder fühlen sich hin- und hergerissen. Daraus ergeben sich Gefühle des Alleingelassen seins (Lenz & Wiegand-Greife, S. 5-7).

Fehlende soziale Unterstützung: Wenn Kinder psychisch kranker Eltern Unterstützung aus ihrem sozialen Umfeld erhalten, ist dies ein protektiver Faktor, der ihre Entwicklung massgebend positiv beeinflussen kann. Dies setzt aber voraus, dass familienexterne Personen über die Familiensituation informiert sind. Häufig bekommen betroffene Kinder aber keine soziale Unterstützung, obwohl sie sich dies wünschen. Wenn die psychische Krankheit tabuisiert wird, ist es sehr schwierig für die Kinder von aussen Unterstützung zu holen. Aber auch für das soziale Umfeld wird das Hilfeleisten erschwert (ebd.).

Familiärer Alltag: Das Zusammenbrechen vertrauter Alltagsstrukturen in einer Krisensituation belastet die Kinder schwer. Die Rollenverteilung ist nicht mehr klar, den Kindern fehlt im alltäglichen Leben Halt und Struktur. Wenn Kinder allein mit einem psychisch kranken Elternteil leben, ist die Gefahr besonders gross, dass sie Aufgaben übernehmen, die eigentlich der Elternteil oder ein Erwachsener erfüllen sollte. Durch zahlreiche Zusatzbelastungen werden die Kinder überfordert und ihre eigenen Bedürfnisse werden in den Hintergrund gedrängt (Lenz& Wiegand-Grefe, S. 7-9).

Parentifizierung: Die Grenzen innerhalb der Familie werden sehr häufig verschwommen und können für die Kinder nicht mehr genau eingeordnet werden, wenn ein Elternteil psychisch erkrankt ist. Doch genau diese Rollenaufteilung in elterliche und kindliche Pflichten und Aufgaben sind für die Funktionalität einer Familie von grosser Bedeutung. Wenn es zu einer Rollenumkehr kommt und die Kinder Eltern- oder Partnerfunktionen übernehmen, spricht man von Parentifizierung. Dabei signalisiert häufig nicht nur der psychisch kranke, sondern auch der gesunde Elternteil seine jeweilige Bedürftigkeit. Kinder möchten den Erwartungen und Wünschen der Eltern genügen. Häufig ordnen die Kinder in solchen Situationen ihre eigenen Bedürfnisse denen der Eltern unter. In kaum auflösbare Loyalitätskonflikte gerät das Kind, wenn die Aufgaben der beiden Elternteile widersprüchlich oder gar unvereinbar sind. Sie können den Erwartungen niemals genügen, werden für Konflikte in der Familie verantwortlich gemacht und fühlen sich ausgestossen und unwichtig. Ihre Entwicklung ist durch die Parentifizierung stark gefährdet (ebd.).

Gefühle der Kinder: Die Sorge, dass dem erkrankten Elternteil etwas zustossen könnte ist häufig da. Aber auch Trennungsängste oder die Angst, den erkrankten Elternteil zu verlieren, kommen häufig vor. Gefühle wie Schuld oder Trauer sind oft die Folge davon. Kinder beschäftigt die Unsicherheit, ob sie irgendwann selbst psychisch krank werden. Besonders jüngere Kinder denken, sie hätten die Erkrankung bei ihrem Elternteil ausgelöst. Hinzu kommen Wut, Ärger und Enttäuschung über die Vernachlässigung oder darüber, dass der erkrankte Elternteil zu wenig präsent ist. Gleichzeitig möchten die Kinder den erkrankten Elternteil schonen und fühlen sich bei negativen Gedanken schlecht (ebd.).

### 2.2.2 Herausforderungen der Partnerinnen und Partner betroffener Menschen

Wenn eine Partnerin oder ein Partner psychisch erkrankt, ist oftmals nichts mehr so, wie es vorher war. Die Belastungen von Angehörigen, insbesondere von Partnerinnen und Partnern psychisch

kranker Menschen, haben einen Einfluss auf unterschiedlichen Ebenen und erweisen sich als schwerwiegend und individuell verschieden (Hans-Ulrich Wilms, 2005, S. 15-31). Um das Ausmass an Belastungen, die somatischen und psychischen Folgen, die sich daraus ergeben, zu untersuchen, wurde 1999 im Reha-Forschungsverbund Berlin-Brandenburg-Sachsen (BBS) eine Studie unter dem Thema "Kontextfaktoren in der Rehabilitation" durchgeführt. Anschliessend wurden die Ergebnisse mit Daten aus der Allgemeinbevölkerung Deutschlands verglichen. Die folgenden Aussagen sind dieser Studie entnommen (Reha-Forschungsverbund BBS, 1999, zit. in Hans-Ulrich Wilms, 2005, S. 10-31).

Im Alltag muss vieles neu organisiert werden und die gesunde Partnerin / der gesunde Partner muss neue und mehr Aufgaben übernehmen. Eine Rollenveränderung in der Partnerschaft findet statt. Dazu kommen auf der Gefühlsebene Ängste und Sorgen, oftmals auch Wut und grosse Verunsicherung. Existenzielle Ängste um die Zukunft sind nicht selten. Gehören zum System Kinder dazu, wird die Bewältigung der Aufgaben oftmals noch komplexer. Mit der psychischen Erkrankung wird das Ausmass der Belastungen manchmal so gross, dass auch die gesunde Partnerin oder der gesunde Partner selbst psychische Unterstützung oder Medikamente brauchen.

Verglichen mit der Allgemeinbevölkerung weisen Partnerinnen und Partner von psychisch Erkrankten bei verschiedenen Dimensionen der subjektiven Lebensqualität signifikante und klinisch relevante Unterschiede auf. So sind die Werte sowohl hinsichtlich der psychischen Lebensqualität als auch in der Zufriedenheit mit ihren sozialen Beziehungen signifikant schlechter. Dazu kommt das erhöhte Erkrankungsrisiko, welchem die gesunden Partnerinnen oder die gesunden Partner ausgesetzt sind (ebd.).

Schwerwiegend für die gesunden Partnerinnen oder Partner ist die Annahme, die psychische Erkrankung und deren Symptome seien eine Folge ihres eigenen Versagens oder weil ihre Beziehung gestört ist. Sie fühlen sich für ihre kranke Partnerin oder ihren kranken Partner verantwortlich und geraten so in eine Art Mutter-, bzw. Vaterrolle. Allerdings wird die Fürsorge nicht weniger im Verlauf der Zeit, sondern wird eher als unveränderbar wahrgenommen. Dieser Mechanismus gefährdet die eigene psychische Gesundheit enorm und die Gefahr, selbst zu erkranken, erhöht sich. Der Gedanke an eine Trennung wird als unmoralisch und undenkbar verurteilt. Letztlich scheint die Situation ausweglos. Weniger gefährdet, selbst zu erkranken, sind jene Partnerinnen und Partner, welche bereit sind, externe medizinische oder psychologische Unterstützung in Anspruch zu nehmen (ebd.).

Besonders beim erstmaligen Auftreten der Erkrankung berichten die gesunden Partnerinnen und Partner von enormen emotionalen Belastungen. Vor allem die krankheitsbedingten Wesens- und / oder Verhaltensveränderungen, aber auch bestehende Suizidgedanken oder -versuche führen zu dauerhaften Angst- und Anspannungszuständen. Behandlungsbezogene Zwangsmassnahmen

werden ebenfalls als sehr belastend erlebt und sind mit Schuld-, Scham- und Versagensgefühlen verbunden. Die gesunden Partnerinnen oder Partner können die Situation nicht einordnen und fühlen sich zu wenig informiert über Diagnose, Prognose und Behandlungsmassnahmen. Es kommen Zweifel an der Prognose auf, wenn sich die Behandlung über einen langen Zeitraum erstreckt. Hinzu kommt die Sorge um Rückfälle (Reha-Forschungsverbund BBS, 1999, zit. in Hans-Ulrich Wilms, 2005, S. 10-31).

Eine akute Krankheitsphase bedeutet für alle Beteiligten eine grosse Belastung. Auch wenn sich eine Partnerschaft erst nach einer Ersterkrankung entwickelt hat, und bekannt war, unter welcher psychischen Störung die Partnerin oder der Partner leidet, werden Akutphasen stark unterschätzt was die Kumulation der unterschiedlichen Belastungen betrifft. Dies beinhaltet für die gesunde Partnerin oder den gesunden Partner meist zusätzliche Aufgaben zu übernehmen. Dies betrifft den Familienalltag, wo ungewohnte Rollen oder Verpflichtungen als besonders belastend erlebt werden. Dazu kommen die Krankenbetreuungen und gleichzeitig berufliche Aufgaben, die sich kumulieren. Die eigenen Bedürfnisse geraten so schnell in den Hintergrund und es fehlt Raum, um überhaupt an Erholungsaktivitäten zu denken (ebd.).

Infolge der Stigmatisierungsbefürchtungen bekommt der Austausch im familiären und auch im extrafamiliären sozialen Netzwerk eine zusätzliche Bedeutung. Rückzugstendenzen verhindern, dass Unterstützungsressourcen in Anspruch genommen werden. Dies weil man befürchtet, für die psychische Erkrankung der Lebenspartnerin/des Lebenspartners kein Verständnis vom sozialen Umfeld zu bekommen. Eine Austauschmöglichkeit fehlt, um über die Kumulation der unterschiedlichen Belastungen sprechen zu können (Wilms, 2005, S. 18).

## 2.3 Fazit

Niemand ist ausschliesslich krank oder vollständig gesund. Krankheiten sind über Symptome erfahrbar, während es bei der Gesundheit keine klar bestimmbar Symptome gibt. Das Kontinuum von Krankheit und Gesundheit spielt sich auf der körperlichen, psychischen und sozialen Ebene ab. Um eine psychische Störung zu diagnostizieren wird in der Schweiz vor allem das Manual ICD-10 verwendet. In diesem sind klare diagnostische Leitlinien, Ein- und Ausschlusskriterien für jede Störung beschrieben. Der psychopathologische Befund wird in der Psychiatrie nach elementaren psychischen Funktionsbereichen geordnet.

Die Teilhabe von psychisch erkrankten Menschen umfasst viele Dimensionen des alltäglichen Lebens. Oft sind sie exkludiert und werden in ihrer Selbstbestimmung beschnitten. Jedoch ist niemand allein psychisch krank. Davon betroffen ist das ganze Familiensystem, in welchem eine individuelle Dynamik herrscht. Die konkreten Probleme betroffener Kinder von psychisch kranken Eltern sind vielfältig und äusserst belastend. Ihre gesunde Entwicklung ist gefährdet. Die Belastungen von Angehörigen psychisch kranker Menschen berühren viele Ebenen und erweisen sich als schwerwiegend und individuell verschieden.

Wie sich diese Familien Hilfe und Unterstützung in der Sozialen Arbeit holen können wird im folgenden Kapitel besprochen. Neben der allgemeinen Familienberatung wird vor allem auf den lösungsorientierten Beratungsansatz eingegangen.

### 3. Lösungsorientierte Familienberatung

Im ersten Teilkapitel wird die Familienberatung im Allgemeinen thematisiert. Angefangen mit der Familie: Wie wird sie verstanden, wie zeigen sie sich in der heutigen Zeit, und welches sind die psychologischen Aspekte von Familien. Als nächstes wird der Auftrag der Sozialen Arbeit mit Familien zum Thema. Neben dem allgemeinen Teil wird auf den Berufskodex und die Berufsfelder der Sozialen Arbeit eingegangen – abschliessend, konkret auf die Sozialarbeit im Beratungssetting.

Im zweiten Teil dieses Kapitels wird allgemein über die lösungsorientierte Beratung informiert. Zum einen, wie diese begründet wird und zum andern, welche Haltung und Fähigkeiten eine lösungsorientierte Beratungsperson haben sollte. Ausserdem wird die Wirkung der Beratungsmethode thematisiert, und auf die Kritik eingegangen. Die spezifischen Interventionen, insbesondere mit Familien, werden dann im Kapitel 3.3 vorgestellt.

Dieses widmet sich konkret der lösungsorientierten Familienberatung. Mit Hilfe des Buches «Familien – Zusammenhalt(en)» von Insoo Kim Berg werden konkrete Arbeitsregeln und Fragemethoden eingeführt. Abschliessend wird der Frage nachgegangen, wie und ob mit einer problembeladenen Familie lösungsorientiert gearbeitet werden kann.

Bevor im Kapitel 4 das Forschungsdesign besprochen wird, gibt es zum Schluss eine kurze Zusammenfassung dieses Kapitels und eine Zusammenführung von Kapitel 2 und 3.

## 3.1 Familien in der Sozialen Arbeit

### 3.1.1 Das Model der Familie

Unter Familie verstehen die meisten Menschen, gemäss Rita Marx (2011), die Einheit aus Vater-Mutter-Kind(er). Diese wird erweitert durch Verwandtschaft; Grosseltern, Tanten, Onkeln, Cousins und Cousins, welche durch Rituale, wie Weihnachten, Geburtstage miteinander verbunden sind. In diesem gesellschaftlich tradierten Bild gelten die Mütter noch immer als primäre Bezugsperson der Kinder, während die Väter für die finanziellen Einkünfte verantwortlich sind. Die Rolle der Lernbereiten und Gehorsamen wird in dieser Konstellation den Kindern zugewiesen. Den meisten Menschen wird klar sein, dass diese traditionell-klassischen Rollenbilder im 21. Jahrhundert keine allgemeine Gültigkeit mehr besitzen. Durch die individuellen Ausgestaltungen der Familiensysteme wird heute das Zusammenleben von Familien um einiges vielfältiger und anspruchsvoller (S. 19-20).

Seit den 1960er Jahren lassen sich laut Uwe Uhlendorff, Matthias Euteneuer und Kim-Patrick Sabla (2013) starke Veränderungen in den privaten Lebensformen beobachten. Insbesondere drei Entwicklungen zeigen auf, was die Lebensformen beeinflusst und verändert haben. Zunächst spricht man vom «demografischen Wandel». Er wird durch bevölkerungswissenschaftliche Daten begründet. Der Geburtenrückgang in ganz Europa, das steigende Durchschnittsalter der Frauen bei der Erstgeburt, die sinkende Eherate und die Zunahme von Scheidungen sind hier beachtenswerte Punkte, welche den Wandel in familiärer Sicht stark geprägt haben.

Unter dem Thema «Pluralisierung der familialen Lebensformen» werden diese Entwicklungen diskutiert. Mit der Pluralisierung wird von der Zunahme von Lebensformen gesprochen, welche nicht alle Merkmale der oben beschriebenen traditionellen Familie aufweisen. Hier sind zum Beispiel nicht verheiratete Lebensgemeinschaften mit und ohne Kinder gemeint. Auch Alleinerziehende, also Väter oder Mütter, welche ohne Partner oder Partnerin mit ihren minderjährigen Kindern zusammenleben, gehören dazu. Ausserdem wird von Stieffamilien oder Fortsetzungsfamilien, Adoptionsfamilien und Regenbogenfamilien gesprochen.

Als letzte der drei Entwicklungen zeigen Uhlendorff et al. (2013) den «binnenfamiliären Wandel» auf. Gemeint sind die veränderten Strukturen innerhalb der Familie. Hier wird als erstes auf die stärkere Berufsorientierung der Frauen hingewiesen. Obwohl Frauen noch immer den grössten Teil der Erziehungs- und Betreuungsarbeit der Kinder übernehmen, sind sie viel stärker berufsorientiert als vor 60 Jahren. Auch die Umgangsformen zwischen Eltern und Kindern haben sich stark verändert. Früher war den Eltern Gehorsamkeit, Sauberkeit und gute Umgangsformen wichtig. Heute werden die Kinder zur Selbständigkeit und zu Verantwortungsbewusstsein erzogen. Die Anforderungen an

Eltern und deren Elternrolle sind gestiegen und ein ständiges Abwägen, was wann von den Kindern eingefordert werden kann, gehört zum Alltag (S. 30-42).

Trotz der Vielfalt der Erscheinungsformen von Familie haben sie einheitliche Merkmale. Eine Definition, welche einerseits die Funktion von Familien beschreibt, jedoch den verschiedenen Formen, wie Menschen heute zusammenleben gerecht wird, könnte gemäss Uwe Uhlendorff, et al. (2013) folgendermassen lauten:

Familien sind potenziell auf Dauer gestellte Lebensgemeinschaften, die durch mehrgenerationale Beziehungen geprägt sind und bei denen die wechselseitige informelle Sorge um das körperliche, emotionale und geistige Wohl im Zentrum steht. Familien tragen zur Erziehung und Sozialisation der Kinder wesentlich bei (S. 43).

Neben dem oben beschriebenen gesellschaftlichen Diskurs über Familien ist auch die psychologische Funktion hervorzuheben. Familien können gemäss Rita Marx (2011) als intime Beziehungssysteme bezeichnet werden. Sie sind im Gegensatz zu anderen Beziehungssystemen von Dauerhaftigkeit und Nähe geprägt. Die Bindung zwischen Partnerin und Partner- und den Eltern-Kind-Beziehungen stehen hier im Fokus. Sie findet in einem persönlichen Umfeld statt und sind relativ beständig. Die gemeinsamen alltäglichen Erfahrungen und der Austausch von emotionalen, intellektuellen und spielerischen Handlungen prägen die Familie. Die gemeinsamen Erfahrungen sind sehr wichtig für aufwachsende Kinder und bestimmen den Umgang mit anderen Systemen.

Unter dem Begriff «Doing Family» wird darauf hingewiesen, dass sich Familien durch das Alltagshandeln immer neu definieren. Familien sind, wie bereits darauf hingewiesen, nicht homogen. Das Familienleben muss immer wieder neu ausgehandelt werden und dies stellen eine Herausforderung für alle Beteiligten dar (S. 23-24).

### 3.1.2 Auftrag der Sozialen Arbeit

Die Unterstützung von Familien durch die Soziale Arbeit wurde, gemäss Matthias Euteneuer, Kim-Patrick Sabla und Uwe Uhlendorff (2015), lange Zeit als «Familienarbeit» bezeichnet. Da eine Verwechslungsgefahr des Begriffes Familienarbeit mit Arbeitsleistungen im Rahmen von Haushalt und Betreuung besteht, wird heute die Bezeichnung «Soziale Arbeit mit Familien» empfohlen. Darunter ist der Auftrag an die Professionellen zu verstehen, Fehlentwicklungen von Familien oder einzelnen Mitgliedern zu verhindern und mögliche Herausforderungen und Belastungen durch Unterstützung zu mildern oder zu beseitigen (S. 394-395).

Zentrale Aufgaben der Sozialen Arbeit mit Familien sind laut Michael Erler (2011) zum einen die Begleitung und Unterstützung bei der Bewältigung von lebenspraktischen Aufgaben. Hier kann zum Beispiel die Hilfe bei der Organisation und Führung des Haushaltes oder die Beratung bei der Schuldenfragen erwähnt werden. Als zweites wird von der Arbeit an innerfamiliären Beziehungen gesprochen. Die Moderation und Klärung bei Partnerschafts- und Familienkonflikten oder die Auflösung von festgefahrenen und rigiden Kommunikationsmustern sind Beispiele dazu. Als drittes wird von der Sozialen Netzwerkarbeit gesprochen. Ziel ist es, die soziale Isolation von Familien aufzuheben und diese bei der Kontaktaufnahme mit verschiedenen Angeboten im Gemeinwesen zu unterstützen (S. 13).

Gemäss Ernst Engelke, Stefan Borrmann und Christian Spatscheck (2018) definiert Silvia Staub-Bernasconi den Auftrag der Sozialen Arbeit darin, Menschen zu befähigen, ihre Bedürfnisse aus eigener Kraft befriedigen zu können. Ihre Theorie besagt, dass Menschen in ihrem Leben sich dem Problem der Bedürfnisbefriedigung und der Wunscherfüllung gegenüberstehen. Sie müssen in Kooperation und Konflikten mit den Mitmenschen lernen, Lösungen zu finden. Dazu müssen sie ihr Umfeld erfassen und ihr Verhalten anpassen können.

Laut Staub-Bernasconi werden soziale Probleme als Gegenstandsbereich der Sozialen Arbeit gesehen und aus diesem Grund hat sie bei sozialen Problemkonstellationen zu intervenieren. Soziale Probleme ergeben sich dadurch, dass Menschen wechselseitig aufeinander angewiesen sind und die Bedürfnisse der einzelnen sehr unterschiedlich sein können. Die Soziale Arbeit muss sich vor allem mit den Auswirkungen von Ausstattungs-, Austausch-, Macht- und Kriterienproblemen auseinandersetzen (S. 451-453).

Schaut man in den Berufskodex der Sozialen Arbeit, lässt sich ebenfalls einen ethischen Auftrag für die Professionellen ableiten. Die folgenden Ziele und Grundwerte stammen aus dem Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz von Avenir Social (2010) aus dem Kapitel 2.5.

Ziel:

2. Soziale Arbeit zielt auf das gegenseitige unterstützende Einwirken der Menschen auf die anderen Menschen ihrer sozialen Umfeldler und damit auf soziale Integration.
4. Soziale Arbeit hat Lösungen für soziale Probleme zu erfinden, zu entwickeln und zu vermitteln.
5. Soziale Arbeit hat soziale Notlagen von Menschen und Gruppen zu verhindern, zu beseitigen oder zu lindern



6. Soziale Arbeit hat Menschen zu begleiten, zu betreuen oder zu schützen und ihre Entwicklung zu fördern, zu sichern oder zu stabilisieren (S. 6).

Grundsätze:

1. Die Profession der Sozialen Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen mit dem Ziel, das Wohlbefinden der einzelnen Menschen anzuheben.
2. Indem sie sich sowohl auf Theorien menschlichen Verhaltens als auch auf Theorien sozialer Systeme stützt, vermittelt Soziale Arbeit an den Orten, wo Menschen und ihre sozialen Umfelder aufeinander einwirken.

Die Ziele und die Grundsätze des Berufskodex der Sozialen Arbeit sind bei der Arbeit mit Familien von grosser Bedeutung. Sie verdeutlichen das Ausmass und die Vielfältigkeit der Probleme der Familien. Auch kann das riesige Berufsfeld gut herausgelesen werden, mit dem die Professionellen der Sozialen Arbeit zu tun haben.

Wenn man die Berufsfelder der Sozialen Arbeit anschaut, zeigt es sich, dass sowohl die Sozialarbeit, die Sozialpädagogik und auch die Soziokulturelle Animation mit Familien, Kindern und Jugendlichen zu tun hat. Wie die folgende Grafik visualisiert, lässt sich die Gemeinwesenarbeit mit allen Generationen der Soziokulturellen Animation zuordnen. Die Familienbegleitung hauptsächlich in der Sozialpädagogik und die Beratung von Familien der Sozialarbeit (Gregor Husi & Simone Villiger, 2012, S. 46).

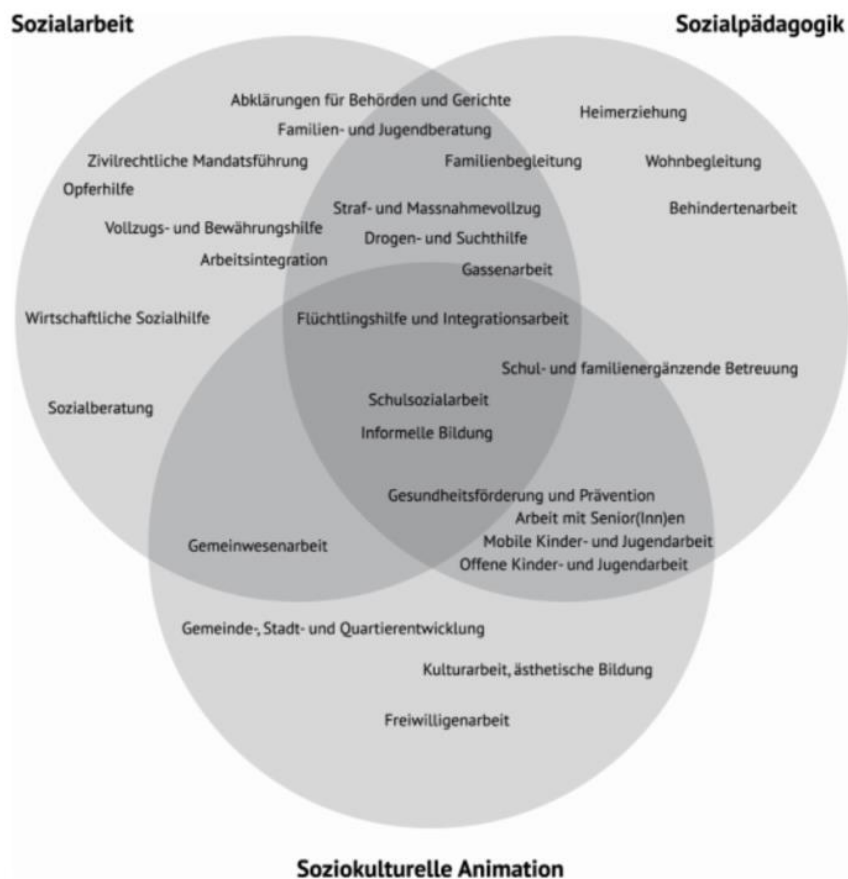


Abbildung 3: Arbeitsfelder und Berufsfelder Soziale Arbeit (Husi & Villiger, 2012, S. 46)

Da sich die Familienberatung hauptsächlich der Sozialarbeit zuschreiben lässt, wird im weiteren Verlauf nur noch auf das Berufsfeld der Sozialarbeit eingegangen.

Die sozialarbeiterische Beratung schliesst gemäss Esther Weber und Daniel Kunz (2012) die vier Funktionen Freiwilligkeit, gesetzliche Massnahmen, psychosoziale Probleme und materielle Probleme ein. Die folgende Abbildung dient zur Strukturierungshilfe.

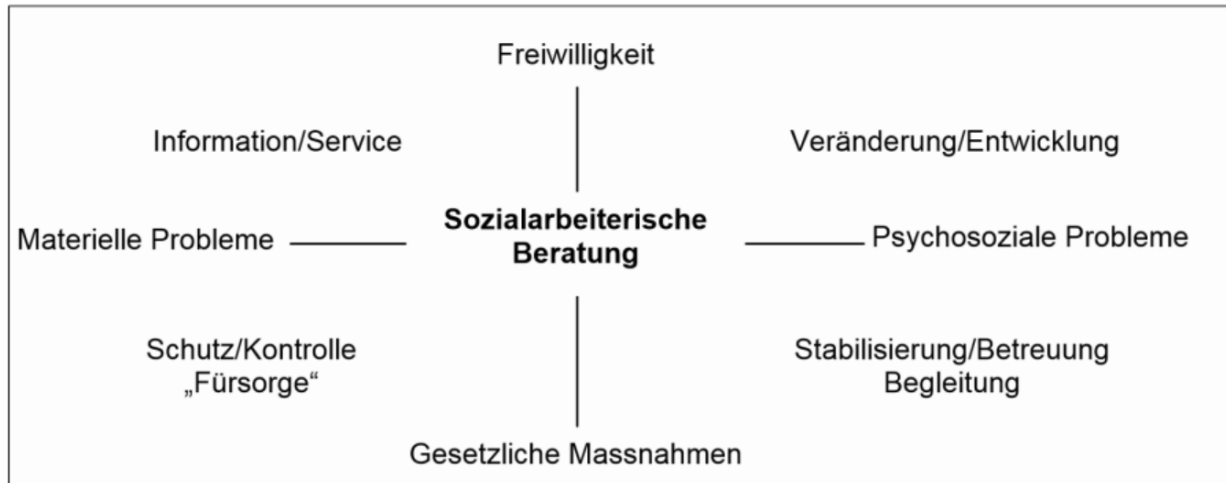


Abbildung 4: Strukturierungshilfe sozialarbeiterischer Beratung (Weber & Kunz, 2012, S. 12)

Die Familienberatung trifft man vorwiegend im Feld der Veränderung/Entwicklung. Dieses Feld beinhaltet die beiden Pole der Freiwilligkeit und der psychosozialen Probleme. Sozialarbeitende initiieren und fördern Prozesse, die es den Familien ermöglichen, ihre als schwierig erlebte Situation selbständig zu reflektieren und Lösungen für ihre Probleme zu finden. Eltern suchen zum Beispiel einen für sie stimmenden Erziehungsstil, die Besuchsregelung bei einer Scheidung müssen ausgehandelt werden oder die Familie braucht Unterstützung, weil ihr Alltag mit der psychischen Erkrankung eines Elternteils schwierig zu bewältigen ist. Bei dieser Auftragskonstellation bringen die einzelnen Personen eine Bereitschaft zur Veränderung mit oder sie entwickeln eine Bereitschaft im Verlaufe des Prozesses.

Information und Service ist ein zusätzlicher Teil der Familienberatung. Je nach Auftrag der Organisation sind Sachinformationen enorm relevant, um Problemlösungen zu finden. Sei es bei Fragen zur Scheidung, bei Informationen über familienergänzende Betreuungsangebote, Existenzsicherung oder psychologische Einrichtungen für eine erkrankte Person. Das Erschliessen der externen Ressourcen ist in der Familienberatung ein wichtiger Teil und das breite Wissen der Sozialarbeitenden kann in vielen Fällen bedeutsam sein.

Gesetzliche Massnahmen im Zusammenhang mit Familien finden sich vor allem im Kontext des Kindesschutzes. Hier führt die soziale Arbeit neben dem Auftrag der Unterstützung auch eine Kontrollfunktion hinsichtlich der gesetzlichen Vorgaben aus (S. 12-14).

Den Kontrollauftrag der Fachpersonen des Kindesschutzes wurden in der vorliegenden Bachelorarbeit nicht thematisiert. Wie es der Titel beschreibt wird ausschliesslich auf die Familienberatung eingegangen. Was damit gemeint ist, wird im nächsten Teilkapitel beschrieben.

### 3.1.3 Familienberatung

Gemäss Klaus Menne (2008) hat sich das Feld der Familienberatung seit Anfang dieses Jahrhunderts herausgebildet. Der Anlass für Familienberatung ist oft mit Fragen um die Erziehung der Kinder verbunden. Auch schwierige Familiensituationen, wie zum Beispiel eine psychische Erkrankung eines Elternteils, Konflikte wegen Arbeitslosigkeit oder andere familiäre Belastungen werden in der Familienberatung angegangen (S. 136-137).

Klaus A. Schneewind (2010) unterscheidet zwischen krisenbezogener, problembezogener und präventiver Familienberatung. Die krisenbezogene Beratung unterstützt und interveniert in akuten Notfallsituationen und Krisen. Der Aufgabenschwerpunkt liegt hier bei der Aktivierung und Stärkung von Ressourcen, damit die Familie Lösungs- und Handlungswege findet und ihre Probleme angehen kann. Bei der problembezogenen Beratung geht es vor allem darum, sich gut zu informieren, schwierige Entscheidungen zu diskutieren oder bereits getroffene Entscheidungen umzusetzen. Die präventive Familienberatung dient der Aufklärung und Kompetenzentwicklung im Hinblick auf diverse familiäre Lebensbezüge. Hier kann von vorbeugender Familienhilfe gesprochen werden (S. 297-299).

Der von Christian Rössler (2012) verfasste Lebenszyklus der Familie gilt als Grundlage für die untenstehende Tabelle. Sie zeigt auf, mit welchen Schwierigkeiten sich Familien konkret auseinandersetzen müssen (S.66-67). Für diese Arbeit wurden einige der relevanten Themen für die Familienberatung ausgewählt, die Auswahl ist nicht abschliessend. Die Spalte «Hilfe, Intervention» fehlt, da sich die Tabelle ausschliesslich auf die Familienberatung bezieht.

<i>Anlass</i>	<i>Mögliche Probleme</i>
Geburt von Kind	Probleme mit der Veränderung der Paarbeziehung Überforderung der Eltern
Familienleben	Erziehungsprobleme Eltern-Kind-Konflikte Belastung und Überforderung der Eltern Vereinbarkeit Familie/Beruf Pubertäts- und Adoleszenzkonflikte Generationenkonflikte
Scheidung	Eltern-Konflikt Konflikte rund um Scheidungsvereinbarungen Einhalten der Vereinbarungen

Krankheiten / Tod	Probleme mit Suchtmittel Umgang mit psychischer Erkrankung eines Familienmitgliedes Umgang mit körperlicher Erkrankung eines Familienmitgliedes Verlust eines Familienmitgliedes
-------------------	---

Tabelle 3: Mögliche Familienprobleme (eigene Darstellung auf der Basis von Rössler 2012, S. 66-67)

Familienberatung wird laut Rössler (2012) oft in Zusammenhang mit systemischen Methoden/systemischer Beratung gesehen. Dem systemischen Begriff liegt eine bestimmte Art des Denkens und Handelns zugrunde. Zentral dabei ist, dass eine problembehaftete Person als Individuum eines Systems gesehen wird. Das heisst jeder Mensch und dessen Problem ist untrennbar mit den involvierten Personen und dem jeweiligen Kontext zu betrachten. Hinzu kommt die konstruktivistische Haltung, dass jede Sichtweise eine Interpretation der Wirklichkeit ist und somit nicht die Wahrheit an sich darstellt. Bei den systemischen Beratungsansätzen werden Klientinnen und Klienten als Experten ihrer Probleme angeschaut. Die Aufgabe der Beratungspersonen besteht darin, den Rahmen zu schaffen, damit die Betroffenen das Problem bearbeiten und lösen können. Zu den systemischen Methoden gehören Fragetechniken, welche neue Sichtweisen ermöglichen. Diese sind in der Familienberatung mittlerweile nicht mehr wegzudenken und werden auch in der lösungsorientierten Beratung eingesetzt (S. 69-70).

## 3.2 Lösungsorientierte Beratung

### 3.2.1 Begründung der lösungsorientierten Beratung

Die lösungsorientierte Beratung wurde Anfang der 1980er Jahren von Steve de Shazer, Insoo Kim Berg und ihrem Team gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten am Milwaukee Brief Family Therapy Center entwickelt. Sie ist eine auf die Zukunft fokussierte und von Zielen geleitete Beratungsmethode. Sie folgt einer höchst pragmatischen und wenig theoretischen Herangehensweise. Die Entwicklerinnen und Entwickler der lösungsorientierten Beratung haben über mehrere Jahre hunderte von Beratungsstunden ausgewertet. Sie haben dabei die Fragen, das Verhalten und die Emotionen beschrieben, welche die Klientinnen und Klienten dazu motivierte, lebensnahe und realistische Lösungen zu formulieren und umzusetzen. Die Aufmerksamkeit wurde dabei nur auf das Nützliche, auf das Positive gerichtet (Steve de Shazer, Yvonne Dolan, 2018, S. 22-27).

Die Wurzeln der lösungsorientierten Beratungsmethode liegen in den systemtheoretischen Forschungen des Mental Research Institut (MRI) in Kalifornien und der Arbeit von Milton H. Erickson (ebd.). Die systemische Therapie betrachtet den Menschen als beziehungsorientiertes Wesen. Nicht nur das Problem, sondern auch dessen Bedeutung in der jeweiligen Lebenswelt werden als wichtige Aspekte erachtet. Dabei wird der Einbindung in die soziale Umwelt und in die Beziehungen der Klientin oder des Klienten grosse Beachtung geschenkt. Der Mensch ist immer Teil eines grösseren Ganzen und deshalb stehen in der systemischen Therapie das Individuum und der jeweilige Kontext im Fokus. Bei einer Beratung wird die Beratungsperson ebenso ein Teil dieses Systems, da sie in diesem Moment eine Interaktionspartnerin ist. Sie ist verantwortlich, in der Interaktion die Balance zwischen Anregung für Lösungsfindungen und dem Respektieren der Autonomie einzuhalten (Günter G. Bamberger, 2010, S. 14-16).

Nach de Shazer und Delon kann die lösungsorientierte Beratung aus mehreren Gründen als systemische Therapie bezeichnet werden. Die Beraterinnen und Berater arbeiten üblicherweise mit Systemen. Es kommen nicht nur Einzelpersonen, sondern auch Paare und Familienangehörige zur Sitzung. Dort werden Lösungen konstruiert, bei deren Umsetzung Angehörige, Bekannte und Arbeitskolleginnen und -kollegen betroffen sein können. Ausserdem folgen auf kleine Veränderungen meistens grössere, was sich wiederum auf die Lebenswelt der Klientinnen und Klienten auswirkt (De Shazer, Delon, 2018, S. 25-26).

Die lösungsorientierte Beratung grenzt sich jedoch, gemäss Arist von Schippe und Jochen Schweizer (2016), von der herkömmlichen, systemtheoretischen Beratung ab, da bereits bei der ersten Frage auf eine Lösung zugegangen wird und dem Problem nur minimal Beachtung geschenkt wird. Die Haltung dabei lautet, dass über das Sprechen von Problemen zusätzliche Problemaspekte hervorgerufen werden (S. 55).

Im nächsten Abschnitt werden weitere zentrale Grundannahmen und Haltungen der lösungsorientierten Beratung beschrieben.

### 3.2.2 Grundannahmen und Haltungen des lösungsorientierten Ansatzes

Gemäss John L. Walter und Jane E. Peller (2004) haben die Grundannahmen der lösungsorientierten Beratung eine wichtige Bedeutung. Sie leiten das Denken und Handeln der Beratungsperson während einer Sitzung mit Klientinnen und Klienten auf der gemeinsamen Suche nach Lösungen. Die folgenden sechs ausgewählten Haltungen, welche von Walter und Peller zusammengetragen wurden, zeigen die spezifisch lösungsorientierte Art zu denken und mit den Klientinnen und Klienten umzugehen (S. 27-48).

Der positive Fokus: Der Blick ist auf die Lösung oder eine Veränderung gerichtet. Durch das Sprechen und Fantasieren über Lösungen werden diese realistischer und die Klientin oder der Klient ist motivierter, einen Lösungsweg einzuschlagen und ihm positiv entgegen zu sehen.

Ausnahmen verweisen auf Lösungen: Die Erinnerung an Ausnahmen, das heisst Situationen ohne das Problem, helfen ein Gefühl der Kontrolle zu entwickeln. Die Person wird dazu angehalten, mehr dieser Ausnahmesituationen zu konstruieren.

Nichts ist immer dasselbe: Veränderung finden immer statt. Diese Haltung ist nützlich, da darauf hingearbeitet werden kann, Veränderungen positiv entgegenzusehen und sie mit zu steuern und zu gestalten.

Kleine Änderungen sind notwendig: Wenn ein Mensch eine Schwierigkeit bewältigen kann und somit einen kleinen Erfolg erlebt, fühlt diese Person sich eher in der Lage, eine Lösung für ein anderes Problem zu finden. Kleine Änderungen bedeutet, dass grosse und kleine Probleme Schritt für Schritt gelöst werden können.

Kooperieren ist unvermeidlich: Die lösungsorientierten Beratungspersonen gehen davon aus, dass die Menschen ihr Problem wirklich lösen wollen. Deshalb ist die Beratungsperson flexibel, kooperativ und akzeptiert wertungsfrei die Denkweise und das Handeln der Klientin oder des Klienten.

Menschen haben Ressourcen: Klientinnen und Klienten betrachten ihre Situation als problematisch und schaffen es oft nicht allein, die störenden Handlungsabläufe zu ändern. Die Aufgabe der Beratungsperson ist es, gemeinsam mit der Person die Ressourcen zu finden, um eine Änderung in die gewünschte Richtung zu erreichen.

Die Klientin ist die Expertin. Der Klient ist der Experte: Klientinnen und Klienten bestimmen, welches Problem besprochen wird. Sie sind die Expertinnen und Experten für das, was geändert werden soll. Wenn eine Person andere Probleme zwar erkennt, jedoch nicht darüber sprechen möchte, ist dies ihre Entscheidung, welche die Beratungsperson akzeptiert. Diese wird in Abständen wieder nachfragen, bespricht das Thema jedoch erst mit der Klientin oder dem Klienten, wenn auch Bereitschaft gezeigt wird. Mit der Bereitschaft erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass die eigenen

Ressourcen optimal genutzt werden und eigene Lösungen gefunden werden (Walter & Peller, 2004, S. 27-48).

Weitere zentrale Grundhaltungen beschreiben de Shazer und Delon (2018) im Buch «Mehr als ein Wunder» (S. 23).

Was nicht kaputt ist, muss man auch nicht reparieren: Hypothesen zu bilden und Fragen zu stellen sind für die lösungsorientierte Beratung nicht relevant, wenn die Klientin oder der Klient das Problem bereits gelöst haben. De Shazer und Delon (2018): «Nichts würde absurder wirken, als in einer Situation zu intervenieren, die schon bereinigt ist» (S. 23).

Das, was funktioniert, sollte man häufiger tun: Die Aufgabe der Beratungsperson ist es, die Klientin oder der Klient zur Fortsetzung dessen zu motivieren, was bereits funktioniert und gut läuft. Die gewünschte Änderung soll gefestigt werden. Die Beratungsperson achtet genau darauf, was die Klientin oder der Klient sagt und tut, wenn es der Person besser geht. Das was funktioniert, soll reproduziert werden, so können sich Lösungen weiter entfalten (ebd.).

Wenn etwas nicht funktioniert, sollte man etwas anderes probieren: Menschen haben die Tendenz, Probleme immer wieder auf die gleiche Weise anzupacken. Oft haben diese Lösungsversuche jedoch schon in der Vergangenheit nicht funktioniert. Wenn eine Klientin oder ein Klient auf ein Experiment oder eine Hausaufgabe nicht anspringt, lohnt sich eine Weiterführung der Idee nicht (De Shazer & Delon, 2018, S. 23).

### 3.2.3 Fertigkeiten der Beratungsperson

Da lösungsorientierte Beratungspersonen davon ausgehen, dass die Klientinnen und Klienten die Experten für ihre Situation sind, müssen sie bereit sein, die Haltung des «Nichtwissens» einzunehmen und von ihrem Gegenüber zu lernen (Therese Steiner und Insoo Kim Berg, 2013, S. 33).

Der Begriff des «Nichtwissen» stammt von Harlene Anderson und Harold Goolishian und wird folgendermassen definiert:

Die Position des Nicht-Wissens zeichnet sich durch eine allgemeine Haltung oder einen Standpunkt aus, in dem die Handlungen des Therapeuten eine reichhaltige, aufrichtige



Neugier vermitteln. Das heisst, die Handlungen und die Haltungen des Therapeuten drücken eher das Bedürfnis aus, mehr über das zu erfahren, was gesagt wurde, als vorgefasste Meinungen und Erwartungen über den Klienten, das Problem oder das, was geändert werden sollte, zu übermitteln (Anderson und Goolishian, 1992; zit. in Peter De Jong & Insoo Kim Berg, 2008, S. 51).

Gemäss De Jong und Berg (2008) benötigt die lösungsorientierte Beratungsperson Engagement und Praxis, um zu lernen, die Haltung des «Nichtwissens» aufrecht zu erhalten. Um sich in eine solche Position zu versetzen, müssen verschiedene Kommunikationsfertigkeiten vorhanden sein. Zum Beispiel das Zuhören mit den «lösungsorientierten Ohren». Dies bedeutet, dass man das Erzählte der Klientin oder des Klienten ohne eine Verfälschung durch den eigenen Bezugsrahmen hören kann. Der Fokus wird auf den Bezugsrahmen des Gegenübers gelegt. Das Erzählte wird nicht gewertet und ein verfrühtes Problemlösen seitens der Zuhörerin oder des Zuhörers kann vermieden werden (S. 52-73).

Fragen formulieren und Einzelheiten erfragen sind zwei weitere wichtige Fertigkeiten. Fragen an Klientinnen und Klienten sollten immer im Zusammenhang mit einer vorhergehenden Antwort stehen. Dadurch wird innerhalb des Bezugsrahmens des Gegenübers gearbeitet und es wird möglich, mehr darüber zu erfahren, was die Person im Moment beschäftigt. Durch die W-Fragen können Einzelheiten noch klarer gemacht werden. Die lösungsorientierte Art Fragen zu stellen, verlangen grosse gedankliche Arbeit der Klientinnen und Klienten. Oft schweigen sie erstmal, erklären dann, dass sie es nicht wissen und schweigen wieder. Wenn die Beratungsperson die Fertigkeit besitzt, das Schweigen zu nutzen, können Klientinnen und Klienten ihre Gedanken ordnen, sich die Frage genau überlegen und sich eine Antwort erarbeiten (ebd.).

Klientinnen und Klienten besitzen persönliche Fertigkeiten um Probleme zu meistern und ein besseres Leben zu schaffen. Widerstandsfähigkeit, Humor, hartes Arbeiten, Interesse am Weiterkommen usw. machen Erfolge möglich. Die Fertigkeit der Beratungsperson, Komplimente zu geben, unterstützt zusätzlich die Zuversicht und die Hoffnung des Gegenübers. Die Komplimente sollen der Realität entsprechen und auf das eingehen, was durch die Klientin oder den Klienten kommuniziert wurde. Dies trägt im Gespräch dazu bei, mehr Informationen über die Stärken und Erfolge zu entdecken und diese wiederum als Motivator zu benutzen (De Jong & Berg, 2008, S.52-73).

### 3.2.4 Wirksamkeit und Kritik

Obwohl die lösungsorientierte Beratung sowohl im klinischen Bereich sowie in verschiedenen gesellschaftlichen Gebieten eingesetzt wird, gibt es bis heute nur wenige aussagekräftige Studien über die Wirksamkeit dieser Methode. In einer der gründlichsten Analyse haben Wallace J. Gingerich

und Sheri P. Eisengart (2000) 15 empirische Studien miteinander verglichen. Die fünf Untersuchungen, welche als gut kontrollierte Studien beurteilt wurden, stellten alle wesentlichen positiven Ergebnisse nach einer lösungsorientierten Beratung fest. Die restlichen zehn Studien, welche jedoch methodische Mängel aufweisen, bestätigen das oben genannte Resultat ebenso. Gingerich und Eisengart bemerken, dass die Untersuchungen im Allgemeinen für die Wirksamkeit der lösungsorientierten Beratung sprechen, jedoch weitere und bessere Studien gemacht werden müssen (Gingerich und Eisengart, 2000; zit. in De Shazer und Delon, 2018, S. 41-42).

Kritiker verwerfen die lösungsorientierte Beratung als «Fast-food-Therapie». Ihre Kritikpunkte sind, nach Bamberger (2010), dass es zu simpel sei, Lösungen zu konstruieren ohne auf die Komplexität des Problems einzugehen und dass universell anwendbare Techniken wie die Wunderfrage (siehe 3.3.2) im konkreten Einzelfall kaum helfen könne. Weiter führen die Kritiker aus, dass es nicht reiche, neugierig, experimentierfreudig und visionär den Klientinnen und Klienten Fragen zu stellen und dass es unseriös sei, in dieser Weise tiefgreifende, menschliche Probleme lösen zu wollen (S. 315). De Shazer und Delon (2018) antworten darauf, dass die lösungsorientierte Beratung nicht als tief, im Sinn von genauen Beschreibungen von negativen Seelenzuständen, beschrieben werden kann. Verfolgt wird in der Beratung ein tiefes Verständnis vom Leben der Klientin oder des Klienten und von den Veränderungen, welche angestrebt werden (S. 229).

In der lösungsorientierten Beratung, so ein weiterer Kritikpunkt, werde dem Bedürfnis von Klientinnen oder Klienten, ihr Problem ausführlich zu schildern, zu wenig Raum gelassen. Es wird beanstandet, dass ein Sprechen über die negativen Vorkommnisse und die Anliegen nicht erlaubt sind. Darauf entgegnet De Shazer und Delon (2018), dass Raumschaffung für das Problem und Würdigung dessen ein wichtiges Element in der lösungsorientierten Arbeit sind. Klientinnen und Klienten sollen spüren, dass die Beratungsperson die Notlage versteht und helfen will. Wenn die Beratungsperson anschliessend mit Klientinnen und Klienten über Wünsche und Veränderungen spricht, wird das Problem meistens weiterhin thematisiert. Der Unterschied zwischen dem «Ist» und dem «Soll» wird jedoch in diesem Schritt beschrieben und herausgearbeitet. Die Klientinnen und Klienten werden motiviert, ihre Energie bei einer umfassenden Beschreibung der Lösung anstatt im detaillierten Beschreiben des Problems aufzuwenden (S. 215-216).

Genauere Angaben und Möglichkeiten, wie Familien lösungsorientiert beraten werden können, werden im nächsten Teilkapitel vorgestellt.

## 3.3 Familien lösungsorientiert beraten

### 3.3.1 Familiengespräche

Veränderungen sind unvermeidlich und sie ereignen sich fortwährend. Diese Aussage aus der lösungsorientierten Theorie beschreibt das Leben, welches sich ständig wandelt. Insoo Kim Berg (2002) schreibt, dass Familien oft berichten, ihre Situation hätte sich bereits in eine erwünschte Richtung verändert, seit sie sich bei einer zuständigen Stelle gemeldet haben. Wenn solche Vorab-Veränderungen verstanden und in die Beratung einbezogen werden, wird die Familie bestärkt und motiviert. Es wird ihnen bewusst, dass sie etwas tun können, um erwünschte kleine Erfolge zu erlangen (S. 25-27).

Obwohl laut Berg (2002) das Zusammenbringen einzelner Familienmitglieder herausfordernd ist, kann ein Familiengespräch sehr effektiv sein. Die Bereitschaft der Betroffenen, sich in der Familienberatung zu beteiligen und einzugeben ist ebenso wichtig, wie die Art und Weise, wie die Beratungsperson das Gespräch führt.

Das Gespräch startet mit dem Dank an die Familienmitglieder für ihr Kommen. Jede Person wird gefragt, was sie sich von der Sitzung erhofft. Wichtig ist, dass die Beratungsperson während der ganzen Sitzung einen neutralen Standpunkt bewahrt und alle Sichtweisen anerkennt. Indem mit jeder Person der Familie Kontakt aufgenommen wird, zum Beispiel durch das Erfragen von Hobbies, zeigt die Beratungsperson, dass sie an allen interessiert ist.

Da die Interaktionen innerhalb einer Familie eigenen Regeln gehorcht, wird die Beratungsperson manchmal zur «Polizistin». Das heisst, sie unterbricht das Gespräch und wiederholt die vorgängig abgemachten Regeln zur Kommunikation. Das Ziel besteht darin, Konflikte zu verringern, positive Gefühle füreinander zu fördern und die Fähigkeit der selbstständigen Problembewältigung zu verbessern. Unter der Anleitung der Beratungsperson lernt die Familie besser zu funktionieren und miteinander im Gespräch zu sein. Während des Gespräches müssen das Ziel und dessen Erreichung immer im Fokus bleiben. Wer was in welcher Reihenfolge dafür tun kann, und welche Ressourcen aktiviert werden können, ist ein wichtiger Bestandteil der Beratung.

Familienberatung zielt darauf ab, positive Gefühle füreinander zu wecken. Deshalb sind Gefühlsausbrüche während der Sitzung zu vermeiden. Alle Beteiligten sollten «das Gesicht wahren» können. Ruft die Beratungsperson bewusst negative Gefühle hervor, um damit etwas zu erreichen, muss sie auch in der Lage sein, diese wieder aufzulösen und etwas Positives daraus zu machen (S. 111-115).

### 3.3.2 Nützliche Fragetechniken in der lösungsorientierten Familienberatung

Im Kapitel 3.1.3 werden die Fertigkeiten der Beratungsperson beschrieben. Eine davon ist das Fragen formulieren. Nach Berg (2002) ist das interviewen der Familien das wichtigste Werkzeug der lösungsorientierten Familienberatung. Die folgenden vier Fragetechniken, welche sich auf die Aspekte bisheriger Erfolge, Ausnahmen, Wunder und Skalierung beziehen, sind für die Arbeit mit Familien besonders nützlich (S. 82).

Zurückliegende Erfolge: Die Beratungsperson befragt die Familie über die Zeiten, als alles einigermaßen zufriedenstellend gelang und keine fremde Hilfe nötig war. Dass es im Leben der Familien Zeiten gab, die erfolgreicher verliefen, ermutigt diese. Mit Hilfe der Fragen werden so vergessene Situationen wieder hervorgeholt. Die nicht genutzten Problembewältigungsstrategien werden aufgedeckt und ins Bewusstsein geholt. Die Klientel soll den Eindruck bekommen, dass sie in der Vergangenheit etwas richtig gemacht haben und gewinnen so Zuversicht, auch die neuen Schwierigkeiten bewältigen zu können. Fragen, welche sich auf vergangene Erfolge beziehen, könnten zum Beispiel wie folgt tönten: «Es ist nicht leicht, drei Kinder grosszuziehen. Wie haben sie das geschafft?» oder «Nachdem die Familie all diese erwähnten Schwierigkeiten durchgehalten hat, wie haben sie gemeinsam die Stärke zum Weitermachen gefunden?» Diese Fragen helfen der Klientel, Vertrauen zurückzugewinnen und machen deutlich, dass die Fähigkeiten da sind und «nur» aktiviert werden müssen (Berg, 2002, S. 82-102).

Fragen nach Ausnahmen: Ausnahmen sind jene Zeiten, in denen ein Problem nicht in Erscheinung tritt. Beratungspersonen gehen der Frage nach, wie das Muster verändert wurde, als das Problem nicht auftrat. Häufig treten schwierige Situationen in einem bestimmten Kontext auf. Zum Beispiel gerät eine Familie immer nur dann in einen Streit, bevor sie zu den Grosseltern fahren. Der Teenager der Familie wird nur bei der Mutter unausstehlich, nie beim Vater. Der Vater wird nur gewalttätig gegenüber der Familie, wenn er Alkohol getrunken hat. Solche Momente, in denen ein Problem nicht auftritt, sollen bestimmt werden. Mit Fragen wie «Wie erklären sie sich selbst, dass das Problem genau dann nicht auftritt?» oder «Was ist anders für Sie, wenn Sie nicht trinken?» können erfolgreiche Situationen auf andere übertragen werden. Wenn die Fähigkeiten sich kompetent zu verhalten anerkannt wird, hilft es der Person, sich in die richtige Richtung zu bewegen. Danach geht es darum, das Selbstvertrauen und die Selbstachtung zu stärken, damit das kompetente Verhalten ausgedehnt werden kann (ebd.).

Wunderfrage: Mit der Wunderfrage entsteht zum einen eine Vision davon, wie das Leben ohne Problem sein könnte und zum anderen kann die Hoffnung entstehen, dass bessere Zeiten kommen. Die Frage kann, sehr abgekürzt, etwa so heißen: «Stellen Sie sich vor, es würde während Sie schlafen ein Wunder geschehen und das Problem ist gelöst. Da Sie schlafen, merken Sie nichts von dem Wunder. Wie werden Sie am nächsten Morgen merken, dass dieses Wunder geschehen ist?» Nach anfänglichem Wolkenschloss bauen, sollen die Familien möglichst konkret die Veränderungen beschreiben. Es gilt dann herauszufinden, welche Schritte gemacht und welche Verhaltensweisen initiiert werden können, um das Wunder zu realisieren. «Was müssten Sie anders machen, um so zu tun, als sei das Wunder geschehen?» oder «Was würde die Familie (einzeln oder alle) dann anders machen?», sind Beispiele für weiterführende Fragen zur Wunderfrage. Das Wort «anders» ist dabei ziemlich wichtig. Es zielt darauf ab, dass etwas anderes getan werden muss, um eine Änderung herbeizuführen und dass alle eine aktive Rolle haben, etwas anders zu machen. Es motiviert die Familien, dass sie es in der Hand haben, etwas anderes zu machen, damit sich das Leben zum Positiven ändert (Berg, 2002, S. 82-102).

Skalierungsfragen: Mit der Skalierungsfrage können Motivation, Selbstvertrauen, Zuversicht, Fortschritte und vieles mehr erfragt werden. Das Anwendungsgebiet dieser Fragen ist sehr breit. Kinder und Erwachsene können gut darauf antworten und gehen in der Regel gut darauf ein. Die Fragen sind einfach zu verstehen, da sie je nach Kontext sehr flexibel und kreativ angepasst werden. In der Regel steht die 10 für etwas Erwünschtes und die 1 für das Gegenteil. Zum Beispiel: «Auf einer Skala von 1-10, wenn 10 bedeutet, dass Sie sich absolut sicher sind, dass Sie das Problem lösen können und 1, dass Sie gar keine Zuversicht haben. Wo würden Sie sich da im Moment einordnen?». Wurde die Frage mit einer Zahl beantwortet, kann mit weiteren Skalierungen, z.B. nach der Motivation das Problem zu ändern oder der Wahrscheinlichkeit, erste Schritte zu machen, weitergefahren werden. Die Antwort kann jedoch auch hilfreich sein, die Ideen zu erfragen, welche hinter der Skalierungsangabe stecken. «Was müsste geschehen, damit Sie zur 6 kämen?» oder «Was macht es aus, dass Sie bereits bei einer 5 sind? Welche Zuversicht motiviert Sie bereits?» Die Möglichkeit der Skalierungsfragen ist unbegrenzt. Unklare Ideen können mit ihnen bearbeitet werden, Dinge konkretisieren sich, Veränderungen und Fortschritte lassen sich leichter erkennen und messen (ebd.).

### 3.3.3 Lösungsorientiert arbeiten mit problemüberladenen Familien

Familien in eine «Gewaltfamilie», «Drogenmissbrauch-Familie» oder «Inzestfamilie» einzuteilen ist gemäss Berg (2002) gefährlich, da man die Personen aus den Augen verliert, die dahinterstehen. Viel mehr konzentriert man sich auf das Problem und vergisst, dass es kein typisches Bild von Familien gibt, in denen Gewalt, Inzest oder Drogenmissbrauch vorkommt. Familien und ihre Probleme sind so unterschiedlich, dass eine Kategorisierung nutzlos ist. Jede Familie benötigt eine individuelle Behandlung (S.168).

Es gibt Familien, die so viele Probleme haben, dass es auch für erfahrene Beratungspersonen schwierig ist einen Anfang zu finden. Die Liste kann lang sein: Dauerarbeitslosigkeit, Paarprobleme, Drogen- oder Alkoholmissbrauch, psychische Erkrankung, Schulschwänzen, Straffälligkeiten, usw. Die Familie wird mit verschiedenen, individuellen und gemeinsamen Programmen überschüttet. Berg (2002) geht davon aus, dass die verschiedenen Interventionen für Familien sehr verwirrend sein können. Die diversen Termine zu koordinieren und einzuhalten und die oft widersprüchlichen Vorschläge der verschiedenen Stellen sind für die ganze Familie eine grosse Herausforderung. Oft wird die Familie dann als unmotiviert und nicht kooperativ betitelt. Eine lösungsorientierte Beratungsperson sollte sich auch in diesen Fällen daran erinnern, dass es ermutigend ist, wenn Personen ihre Probleme selbst lösen können. Damit eine Beratungsperson das Expertentum bei der Familie lassen kann, sollte sie folgende Überlegungen im Blick behalten:

1. Ruhig bleiben
2. Die Familien nach dem dringendsten Problem fragen. Was muss als Erstes gelöst werden?  
Das Ziel soll klein und einfach zu erreichen sein.
3. Wer leidet am meisten unter dem Problem?
4. Wie würde sich das Leben der Familie ändern, wenn das Problem gelöst und das Ziel erreicht wäre?
5. Immer das eine Ziel im Auge behalten und nicht versuchen für mehrere Probleme gleichzeitig Lösungen und Ziele zu definieren.
6. Was hat welches Familienmitglied in der Vergangenheit besser gemacht und welche dieser Strategien können auf andere Probleme übertragen werden?
7. Die kleinsten Fortschritte komplimentieren und den Personen so Anerkennung und Vertrauen aussprechen.
8. Nach der Erreichung des Ziels die verschiedenen, erfolgreichen Strategien besprechen, hervorheben und mit dem neuen Ziel in Verbindung bringen (S. 175-176).

Gerade mit Familien, welche problemüberladen sind, muss behutsam und mit viel Fingerspitzengefühl beraten werden. Da diese oft zu einer Beratung oder Therapie geschickt werden, ist die Wahrscheinlichkeit für Frustration, Ärger und Widerstand gross.

### 3.3.4 Wenn es nicht gelingt

Werden Personen oder Gruppen von Gerichten, Sozialen Diensten oder Schulen zur Beratung geschickt oder Familienmitglieder werden unter dem Druck von der Familie miteinbezogen, leisten sie oft Widerstand (gemäss Berg 2002). Sie verhalten sich teilweise abwehrend, ausweichend und feindlich. Besonders, wenn die «einweisende» Stelle ihnen vorhält, was sie ändern sollten und die Familie sich nicht ändern möchte, ist der Widerstand besonders gross. Eine kooperative Beziehung aufzubauen ist hier besonders schwer. Verschiedene Ideen können helfen, damit die Beratungsperson es trotzdem schafft, mit der Familie oder der einzelnen Person, welche Widerstand leistet, eine Arbeitsbeziehung aufzubauen. Mit einer offenen Haltung der Familie gegenüberzutreten und versuchen, sich in ihre Lage hineinzusetzen, ist ein guter Anfang. Später ist es wichtig herauszufinden, was der Familie wichtig ist, wie sie in der Vergangenheit funktioniert hat und welche Erfolge sie im Familienleben verbuchen konnten.

Eine freundliche, ruhige Stimme und positive Worte sind sehr hilfreich in diesem Kontext. Ausserdem ist es ein Zeichen der Kompetenz und Stärke, wenn sich eine Beratungsperson für Fehler oder Missverständnisse entschuldigen kann. Dies stärkt paradoxerweise die Beziehung.

Wenn einzelne Personen der Familie offen ihren Ärger und ihre Ablehnung zum Ausdruck bringen, ist es wichtig, wenn die Beratungsperson es schafft, die Emotionen, Feindseligkeit und unter Umständen die Gewalt zu entschärfen. Dabei ist darauf zu achten, dass alle Beteiligten ihre Eigenkontrolle bewahren können und es zu keinem Gesichtsverlust kommt. Die Verärgerung oder Feindseligkeit sollen angesprochen werden, und die betroffene Person darf ihrem Ärger Luft machen. Ruhiges, interessiertes und verstehendes Zuhören kann hier sehr hilfreich sein. Die Beratungsperson bespricht mit der Familie zu einem späteren Zeitpunkt, wenn sich der Ärger etwas gelegt hat, wie sie ihr Leben in Zukunft allein bewältigen kann.

Trotzdem, auch wenn man noch so gut arbeitet, gelingt es nicht bei allen, eine kooperative Haltung zu fördern. Der Einfluss der Beratungsperson hat Grenzen und eine Veränderung kann nur stattfinden, wenn die Familie eine Veränderung will. Es misslingt manchmal, die Familienmitglieder zu erreichen und eine gute Beziehung aufzubauen. Im lösungsorientierten Gedanken haben alle das Recht zur Selbstbestimmung und dies sollte eine Beratungsperson akzeptieren können (S. 62-65).

### 3.4 Fazit

Die lösungsorientierte Beratungsmethode zeichnet sich darin aus, dass sie weniger auf die Vergangenheit und das Problem fokussiert ist, sondern sich möglichst schnell dem Ziel und einer erwünschten Zukunft widmet. Die Grundannahmen und die Haltung einer lösungsorientierten Beratungsperson sind die Kernstücke dabei. Veränderungen als gegeben zu sehen und diese durch gezieltes Erfragen initiieren, ist ein grosser Teil ihrer Arbeit mit der Klientel. Die lösungsorientierte Beratung zählt zu den systemischen Therapien. Das heisst, das ganze System, die Lebenswelt und der jeweilige Kontext wird bei der Beratung mit einbezogen. Dies ist wichtig, da Veränderungen nicht nur bei der jeweiligen Klientel Auswirkungen haben, sondern im ganzen Umfeld. Reagiert dieses negativ auf die Veränderungen, muss mit grossen Rückschritten gerechnet werden.

Die lösungsorientierte Beratung eignet sich gut für die Sozialarbeit mit Familien. Diese verteilt sich auf alle drei Berufsfelder, die soziokulturelle Animation, Sozialpädagogik und die Sozialarbeit. Die Beratung von Familien wird vor allem dem Berufsfeld der Sozialarbeit zugeschrieben. Ihre Aufgabe ist es, Familien bei Problemen und Schwierigkeiten zu unterstützen, gemeinsam Ressourcen zu erschliessen und nach Lösungen zu suchen, wie ein geregeltes und gutes Zusammenleben in Zukunft möglich ist.

Die lösungsorientierte Familienberatung lässt hier, so weit wie immer möglich, das Expertentum bei der Familie. Gemeinsam mit der Beratungsperson suchen sie nach früheren Erfolgen, gegenwärtige Verbesserungen und zukünftigen Zielen. Die Familie, und ist sie noch so problembehaftet, entscheidet selbst, was für sie gut ist, mit welchem Tempo sie vorwärtsgehen und welche Ziele sie verfolgen will. Die Beratungsperson überlässt ihr die Verantwortung und hilft Frustrationen, Wut und Verständnislosigkeit über allfällige zuweisende Stellen aufzufangen und die Familie zur Zusammenarbeit zu ermutigen.

### 3.5 Zusammenführung und Überleitung

Im Kapitel zwei wurde zunächst erklärt, wie sich psychische Krankheit definieren lässt. Die Diagnose nach ICD 10 und die psychischen Grundfunktionen wurden ausserdem unter die Lupe genommen. Der Hauptteil widmete sich den Herausforderungen, welche sich für den erkrankten Menschen und für die Familie stellen. Auch die Schwierigkeiten der Betroffenen, deren Partnerinnen oder Partnern und den Kindern werden erläutert.



Neben der psychotherapeutischen Behandlung des kranken Elternteils kann sich eine belastete Familie auch Hilfe in der Sozialen Arbeit suchen. Sie unterstützt und berätet die Familie, damit ein gelingender Alltag möglich ist. Im Kapitel drei wurde deshalb die sozialarbeiterische Familienberatung thematisiert und mit dem lösungsorientierten Beratungsansatz verbunden.

Ob eine psychisch belastete Familie tatsächlich lösungsorientiert beraten werden kann, wird im Folgenden untersucht. Das Forschungsdesign und die anschliessende Forschung wird aufzeigen, wie für die Beantwortung der Forschungsfrage vorgegangen wurde und welche Antworten herausgearbeitet werden konnten.

## 4. Forschungsdesign

Im vorliegenden Kapitel wird das methodische Vorgehen erörtert, welches für die Beantwortung der Forschungsfrage angewendet wurde. Zunächst wird die Erhebungsmethode und anschliessend das Sampling vorgestellt. Weiter wird die Leitfadenkonstruktion und die Datenaufbereitung erläutert und schliesslich die Datenauswertung dargestellt.

### 4.1 Erhebungsmethode

Mit dem Entscheid für die konkrete Forschungsfrage ist auch eine Reduktion und Eingrenzung des Untersuchungsfeldes verbunden. Gleichzeitig ergibt sich daraus auch eine Strukturierung des Prozesses. Ein bestimmter Fokus tritt in den Vordergrund. So waren in der Forschung der vorliegenden Arbeit die Beratung einer Familie, der lösungsorientierte Ansatz und die Tatsache, dass ein Elternteil psychisch krank ist, als Konstante immer gegeben.

Die Arbeit soll eine Wissenslücke zu einer komplexen Beratungssituation schliessen. Dafür eignet sich laut Michael Meuser und Ulrike Nagel (2003) das Expertinnen- und Experteninterview, da dieses komplexe Wissensbestände rekonstruiert (S. 481).

In Interviews kann die Sichtweise menschlichen Handelns mehrerer Beraterinnen und Berater ausgewertet und abgebildet werden. Der Blick wird auf bestimmte Ausschnitte gerichtet. Kernpunkt der Forschung ist in der Familienberatung der Interaktionsprozess zwischen der Beratungsperson und der Familie. Uwe Flick (1991) bezeichnet dies als qualitative Beratungsforschung (S. 152).

Die qualitative Forschung ist weniger standardisiert, um differenzierte Resultate zu erzielen (Heinz Moser, 2003, S. 63). So wurden die Fragen zu den Themen des Familiensystems, der psychiatrischen Diagnose, des lösungsorientierten Ansatzes sehr offen gestellt. Es wurde sichergestellt, dass das Wissen und die Erfahrung der Expertinnen und Experten möglichst umfassend in das Interview einfließen. Für das Gelingen des Expertinnen- und Experteninterviews ist laut Meuser und Nagel (2003) eine flexible und unbürokratische Handhabung des Leitfadens in Bezug auf die Themen und dessen Ablauf nötig (S. 487).

Das Ziel der Datenerhebung sind konkrete Aussagen über einen Gegenstand der Beratungssituation zu ermitteln. Dafür ist eine Forschung anhand eines Leitfadeninterviews besser geeignet als narrative Interviews (Horst O. Mayer, ohne Datum, S. 36).

Zudem handelt es sich um eine Momentaufnahme, da das Expertinnen- und Expertenwissen zu einem bestimmten Zeitpunkt abgefragt wird. Beispiele aus früheren Zeiten dürfen in die Interviews trotzdem einfließen, aber die Forschung fokussiert nicht auf die Rekonstruktion einer Retroperspektive (Uwe Flick, 2009 S. 84-85).

## 4.2 Sampling

Das Sampling, also die Auswahl der Experten, ist laut Robert Kaiser (2014) ein wesentlicher Aspekt des Forschungsdesigns. Die eigenen Überlegungen, welche zur Auswahl oder Stichprobe der Expertinnen und Experten führten, sollten klar ersichtlich sein (S. 40)

Gemäss Marius Metzger (2009) umfasst eine Stichprobe (englisch: Sample) alle untersuchten Personen, welche aus einer Menge ausgewählt werden. Die Stichproben werden nach bestimmten Regeln gezogen. Beim Sampling werden diese Regeln und Techniken eingesetzt, um die zu untersuchenden Personen aus der Gesamtmenge an Möglichkeiten auszuwählen.

Bei der vorliegenden Forschung wurde die deduktive Stichprobenziehung angewendet. Das bedeutet, dass das Sampling bereits vor dem Beginn der Untersuchung festgelegt wurde. Darüber hinaus wurde das «Sampling durch Gatekeeper» angewandt. Das Expertenwissen wird von Personen abgeholt, welche in einem bestimmten sozialen Feld tätig sind (S. 1-2).

Für diese Forschung wurden Expertinnen und Experten gesucht, welche Beratungen mit dem lösungsorientierten Ansatz durchführen. Ein weiteres Kriterium war, dass die zu Befragenden in einem Berufsfeld der Sozialen Arbeit tätig sind und mit Familien arbeiten, bei denen ein Elternteil

eine psychische Erkrankung hat. Eine der fünf Expertinnen/Experten ist Kinder- und Jugendpsychologin und keine Sozialarbeiterin. Trotzdem wurde sie als Expertin ausgewählt, da sie sich bereits, zum untersuchten Thema, einen bekannten Namen gemacht hat. Das Fach- und Erfahrungswissen zum Forschungsgegenstand war wichtig, um relevante Informationen für die Forschungsfrage zu bekommen.

Die Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner erfolgte zum einen durch die Empfehlungen des Verantwortlichen des CAS Lösungs- und Kompetenzorientierte Beratung an der HSLU – Soziale Arbeit. Einige der angefragten Expertinnen und Experten waren zudem bereits bekannt. Die Experten haben uns zudem auf weitere Kandidatinnen und Kandidaten hingewiesen. So haben wir schliesslich fünf Experteninterviews abgemacht. Weitere Anfragen wurden nicht beantwortet oder die Kriterien des Samplings waren nicht erfüllt.

Für eine Forschungsarbeit sind fünf Experteninterviews etwas wenig. Da die Ausbeute der jeweiligen Interviews aber sehr gross war, haben wir auf weitere Anfragen verzichtet. Mit den fünf persönlichen Gesprächen kamen sehr viele wichtige und spannende Aspekte für die Beantwortung der Forschungsfrage zusammen.

### 4.3 Leitfadenkonstruktion

Bei der Konstruktion des Leitfadens stand die Forschungsfrage „Inwiefern muss die lösungsorientierte Familienberatung angepasst werden, wenn ein Elternteil psychisch krank ist?“ im Fokus. Die von den Expertinnen und Experten beantworteten Fragen sollten die Forschungslücke füllen.

Es wurden bei allen Interviews dieselben Fragen gestellt, um die Antworten auswerten zu können. Jedoch sind die Fragen offen formuliert worden und dienten nur als Orientierung. Die subjektive Sichtweise sollte im Vordergrund stehen. Zudem sollten die Fragen zum Erzählen anregen. Wie Horst O. Mayer (ohne Datum) beschreibt, muss das Interview nicht nach einer strikt festgelegten Reihenfolge geführt werden. Der Leitfaden wird variabel gehandhabt. Der befragenden Person bleibt es offen, ob und wann sie detailliert nachfragt (S. 36).

Folgender Leitfaden wurde bei den Expertinnen- und Experteninterviews angewendet:

Einstiegsfrage:

- ❖ Würden Sie sich bitte vorstellen und uns einen kurzen Einblick in Ihren Beratungsalltag geben?

Hauptfragen zur Diagnose:

- ❖ Wie läuft es konkret ab, wenn sich eine Familie entscheidet, bei Ihnen in die Beratung zu kommen. Was passiert alles zwischen dem ersten Telefon bis zur Auftragsklärung?
- ❖ Inwiefern ist das Wissen über die Diagnose in der Beratung hilfreich oder hinderlich?

Hauptfrage zum Familiensystem:

- ❖ Auf was achten Sie besonders, wenn Sie wissen, dass ein Elternteil psychisch krank ist?

Hauptfragen zum lösungsorientierten Ansatz:

- ❖ Mit welchen Techniken arbeiten Sie bei einer Familienberatung, wenn ein Elternteil psychisch krank ist?
- ❖ In welchen Situationen stossen Sie mit dem lösungsorientierten Ansatz an Grenzen?

Abschlussfrage:

- ❖ Wir haben nun einige Inhalte thematisiert. Gibt es aus Ihrer Sicht noch etwas Wichtiges, über das wir noch nicht gesprochen haben?

Laut Alexander Bogner, Beate Littig und Wolfgang Menz (2014) zielen die Fragen beim Experteninterview auf ausführliche sprachliche Äusserungen ab. Je nach Frageformulierungen werden unterschiedliche Formen des Redens angeregt. Welche Frageform gewählt wird, hängt davon ab, welche Wissensbestände interessieren (S. 62).

Die Frage zur Diagnose, ob diese hilfreich oder hinderlich sei, wenn sie bekannt ist, gehört in die Kategorie der Bewertungsfragen (S. 64). Diese zielen auf Einschätzungen und beziehen sich auf einen konkreten Sachverhalt, im konkreten Fall auf das Wissen oder Nichtwissen der Diagnose. Im Gegensatz dazu ist die Frage zum Familiensystem eine erzählungsgenerierende Frage. Sie soll längere, eigenständig strukturierte Schilderungen und Darstellungen produzieren (S. 62). Sondierungen, wie die Fragen zum lösungsorientierten Ansatz, dienen dazu Detaillierungen anzuregen und fordern Präzisierungen ein (S. 66).

## 4.4 Datenaufbereitung

Gemäss Horst O. Mayer (ohne Datum) empfiehlt es sich die Experteninterviews aufzunehmen. So können sich alle auf das Gespräch und die Befragung konzentrieren. Das Interview wird somit nicht zum Frage-Antwort-Dialog und der Leitfaden kann flexibel eingesetzt werden. Während des Gesprächs kann die fragende Person entscheiden, ob ein Thema bereits ausführlich besprochen wurde oder ob weitere Fragen folgen müssen. Weiter können auch, je nach Experten, neue Themen angesprochen werden (S. 46).

Bei den hier verwendeten Experteninterviews wurde jeweils die mündliche Erlaubnis zur Sprachaufnahme per Handy eingeholt. Die Dauer der Interviews wurde auf ca. eine Stunde terminiert. Die Aufnahmen wurden transkribiert und nach der Beendigung der Bachelorarbeit gelöscht.

In einem Transkript wird ein aufgenommenes Gespräch schriftlich festgehalten, damit die Inhalte später für eine Analyse eingesetzt werden kann. Aus diesem Grund sollte das Gesprochene möglichst detailgetreu wiedergegeben werden. Andererseits sollte ein Transkript gut lesbar sein. In der hier verwendeten einfachen Transkription werden nur wenige Angaben zu nonverbalen Ereignissen während des Interviews gemacht. Der Fokus liegt auf dem semantischen Inhalt des Gespräches (Thorsten Dressing & Thorsten Prehl, 2018, S. 16-17).

Die in dieser Arbeit verwendeten Experteninterviews wurden in Schweizerdeutsch geführt und danach in Schriftdeutsch transkribiert. Die Sätze behielten, wenn immer möglich, die Satzform. Es wurde auf eine gute Lesbarkeit und einfache Interpunktion Wert gelegt und deshalb nonverbale Äusserungen meistens weggelassen.

Das Transkript entstand mit dem Audiotranskriptionsprogramm F4, welches ebenfalls ein Analyseprogramm anbietet.

## 4.5 Datenauswertung

Die Interviews wurden mit Hilfe des oben erwähnten Analyseprogramms nach Dressing und Prehl (2018) ausgewertet. Sie stellen in ihrer Dokumentation ein vereinfachtes Ablaufmodell vor. Ausführlichere Modelle wurden vorgängig angeschaut. Diese wurden jedoch verworfen, da die Einfachheit hier zu klareren Resultaten führte.

Dressing und Prehl (2018) beziehen sich bei ihrem Model auf die qualitative Inhaltsanalyse. Der Inhalt der Interviews wird zunächst verdichtet und strukturiert. Das Material wird danach auf Besonderheiten, Unterschiede und Zusammenhänge untersucht oder zusammengefasst (S. 34-40). Ein Ablauf dieses vereinfachten Modells sieht etwa so aus:

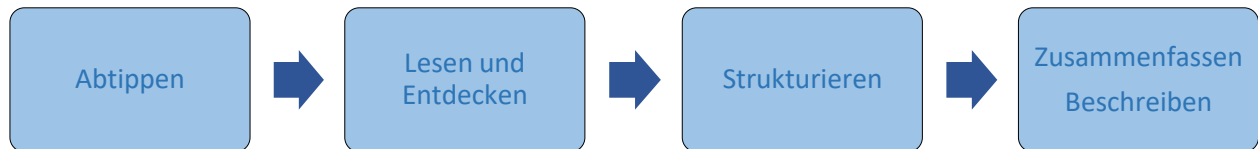


Abbildung 5: Vereinfachtes Ablaufmodell (eigene Darstellung auf Basis von Dressing und Prehl, 2018, S. 37)

Da das Abtippen oder das Transkribieren bereits im vorhergehenden Unterkapitel thematisiert wurde, beginnt die Erklärung der einzelnen Punkte beim zweiten Schritt.

Lesen und Entdecken: Die fertigen Transkripte werden gründlich durchgearbeitet und die Textstellen, welche einen Bezug zur Forschungsfrage haben, werden markiert. Auffällige Aussagen, wichtige Fakten und spannende Textstellen werden ebenfalls markiert und als Memos festgehalten (Dressing & Prehl, 2018, S. 34-40).

Strukturieren: Mit Hilfe eines Codesystems mit Haupt- und Unterkategorien werden die markierten Textstellen strukturiert. In einer Kategorie werden Textabschnitte gesammelt, welche sich auf das gleiche Thema oder auf die gleiche Interviewfrage beziehen. So können später alle Passagen, welche im Interview zum jeweiligen Thema besprochen wurden, im Überblick angeschaut werden. Beim erneuten Durchlesen des gesamten Materials, werden die passenden Textstellen ihren Codes zugeordnet. Die gesammelten Aussagen werden somit in Zusammenhang gesetzt und in Unterkategorien weiter gegliedert. Die Codes und Unterkategorien werden in einem Zusammenspiel zwischen der Auseinandersetzung mit der Forschungsfrage, dem Lesen des Materials und der Deutung der Texte erarbeitet und differenziert (ebd.).

Für diese Arbeit wurden die Codes oder Kategorien *Diagnose, Familiensystem, Werkzeuge und Grenzen des lösungsorientierten Ansatzes*, gewählt. Mit Hilfe von diversen Unterkategorien wurde der nächste Punkt, die Zusammenfassung, aufgegliedert.

Zusammenfassen: Nachdem die Textstellen dem ausdifferenzierten Kategoriensystem zugeordnet sind, geht es darum, die Erkenntnisse in einzelnen Themen zusammenzufassen. Im ersten Schritt wird das Interview in knappen Worten gebündelt. Hier wird oft ohne Deutungsebene oder Abgrenzung zu anderen Interviews deskriptiv gearbeitet. Erst in einen zweiten Schritt werden Beschreibungen vertieft und mit andern verglichen. Oft steht eine thematische Auseinandersetzung im Vordergrund. Die Charakteristika und die Besonderheiten der Inhalte werden ausführlicher beschrieben und mit einzelnen Originalzitate belegt (Dressing & Prehl, 2018, S. 34-40). Diese Zusammenfassung wird im nächsten Kapitel unter dem Titel «Forschungsergebnisse» dargestellt.

Der nächste Schritt wird danach die Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf die Forschungsfrage sein. Diese wird im Kapitel 6 ausgebreitet.

## 5. Forschungsergebnisse

In diesem Kapitel werden die befragten Expertinnen und Experten kurz vorgestellt. Anschliessend folgt in verdichteter Form eine Erläuterung der Interview-Ergebnisse anhand der im Unterkapitel 4.5 erwähnten Codes. Ausgewählte Ausschnitte der Transkription werden als Zitat aufgeführt, damit ein reales Bild über die Aussagen der Expertinnen und Experten entsteht.

### 5.1 Informationen zu den Expertinnen und Experten

Für diese Forschung wurden fünf persönliche Experteninterviews mit einem Leitfaden durchgeführt. Es wurden drei Frauen und zwei Männer befragt, vier davon sind Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, eine Person ist Kinder- und Jugendpsychologin. Vier Personen arbeiten gegenwärtig unter anderem mit Familien mit psychisch erkranktem Elternteil, eine Person hat früher in diesem Setting gearbeitet. Die fünf Expertinnen und Experten arbeiten alle Teilzeit in der eigenen Praxis und beraten systemisch-lösungsorientiert.

Expertin A: Sozialarbeiterin, Dozentin und Projektleiterin an der HSLU

Experte B: Sozialarbeiter, Dozent und Projektleiter an der HSLU

Expertin C: Kinder- und Jugendpsychiaterin, Autorin, Kinder- und Jugendpsychotherapie

- Expertin D: Sozialarbeiterin, Dozentin im Nebenamt an der HSLU, Begründerin und Leiterin eines Weiterbildungsinstitut für lösungsorientierte Therapie und Beratung
- Experte E: Sozialarbeiter, Dozent für lösungs- und kompetenzorientiertes Beraten

## 5.2 Darstellung der Ergebnisse

### 5.2.1 Kategorie Diagnose

Die erste Hauptfrage lautet:

#### **Inwiefern ist das Wissen über die Diagnose in der Beratung hilfreich oder hinderlich?**

Drei der Expertinnen und Experten betonen, dass sie nie nach der Diagnose fragen würden.

*„Und wenn es dann z. B. heisst, ja meine Frau ist psychisch krank, dann würde ich nie fragen, ja was hat sie dann. Ich sag dann, ah und das ist anspruchsvoll. Und was genau wäre dann ihr Anliegen an mich.“* (Experte B, Absatz 9)

*„Also im Lösungsorientierten spielt dies keine Rolle ob ein Elternteil psychisch krank ist, oder nicht, also... und die Diagnose spielt auch praktisch keine Rolle. Man hat das manchmal auf dem Bildschirm und denkt, das mache einen Unterschied.“* (Expertin C, Absatz 5)

Generell sagen alle fünf Experten, dass nicht die Diagnose relevant ist, sondern wie sich die Diagnose – beziehungsweise das Krankheitsbild – im Alltag zeigt. Viel mehr interessiert ohnehin, wie der Alltag bewältigt wird und welches die Probleme sind. Eine Expertin ist froh, die Diagnose zu wissen, da dies eine wichtige Ergänzung sei. Sie ist sich bewusst, dass sie flexibel und agil bleiben muss.

*„Da muss man immer auch die Selbststigmatisierung im Auge behalten. Oder auch, dass die Leute sich von uns stigmatisiert fühlen. Da braucht es Fingerspitzengefühl, um die Frage nach der Diagnose und wie kommuniziere ich diese. Wie sehr ist dies Teil der Zusammenarbeit. Da gibt es keinen Königsweg.“* (Expertin A, Absatz 17)

Weiter äussert sich ein Experte, dass mit der Diagnose noch kein Veränderungsprozess unterstützt wird und die Diagnose auch nichts über die individuelle Persönlichkeit aussagt. Sie hilft auch nicht in der Begegnung und Veränderungsarbeit mit Menschen. Die Diagnose ist eine Etikettierung und keine interessante Zuschreibung.

*„Wenn ich es schon wissen will, dann interessiert mich eher der Punkt, wie äussert sich das? ...die verhaltensorientierten Beschreibungen finde ich viel interessanter, im Sinne von*



*Veränderungsunterstützung. Auf diese hat die Familie Zugriff. Auf ihre Depression hat sie keinen Zugriff.“ (Experte E, Absatz 28)*

Für eine andere Expertin hat die Diagnose nur eine Relevanz, wenn die Klientin oder der Klient die Konstruktion beibehält.

Es wird betont, dass nicht die Diagnose, sondern der Mensch im Vordergrund stehe. Dafür braucht es einen reflektierten Umgang, wenn die Diagnose bekannt ist. Die Diagnose wird als Hypothese verstanden, nicht als Stempel. Es betonen alle Expertinnen und Experten, dass mit dem Wissen der Diagnose noch nicht klar ist, wie der Schweregrad oder die individuelle Ausprägung ist.

*„Für mich ist glaub eine Diagnose, wenn man sie, wie soll ich das sagen, wenn man das einfach benennt als Vehikel, aber nicht zementiert, im Sinne von du bist depressiv, du hast eine Depression, wo es so einfach klebt und man gar nicht sieht, dass auch depressive Menschen leichtere und schwerere Momente haben.“ (Expertin D, Absatz 21)*

Für Expertin D spielt die Diagnose keine Rolle bei Ihrer Arbeit. Sie arbeitet mit dem, was ihr angeboten wird. Wenn ein Verhalten auffällig ist, möchte sie mehr dazu wissen und stellt Fragen in Bezug auf dieses Verhalten. Wenn die Diagnose bekannt ist, soll man diese nicht zementieren.

*„Dann gibt es Dinge, die man beobachtet, aber da bin ich ja systemisch ausgebildet. Bei mir ist das dann nicht gerade, eben das und das. Im Sinne der ICD-Bibel, sondern halt, mir fällt auf, ein Verhalten, mir fällt auf - ich weiss auch nicht - nimmt nicht Kontakt auf, ist apathisch. Man hat das Gefühl die Person ist müde...“ (Expertin D, Absatz 16)*

Die Diagnose zu wissen kann hilfreich sein, weil sich aufgrund des Fachwissens eine Hypothese bilden lässt und sich daraus wiederum Fragen an die Familie oder einzelne Familienmitglieder herleiten lassen. Das Fachwissen wird unisono als sehr nützlich und unabdingbar eingestuft.

Mehrmals genannt wurde auch die Tatsache, dass gewisse Verhaltensweisen besser eingeordnet werden können, weil die Diagnose ein hilfreiches Einteilungsmuster darstellt oder einen Rahmen gibt. Dieser Rahmen sei aber nicht einfach „wahr“ und unverrückbar. Doch die Diagnose gibt Klarheit, Orientierung und erklärt das Phänomen der Übertragung – Gegenübertragung. Ein weiterer positiver Punkt ist, dass Klientinnen und Klienten die Diagnose als Chance wahrnehmen können, um einen Umgang im Alltag zu finden. Als bereichernd wird auch betont, dass es Forschung zu den Krankheitsbildern und hilfreiche Methoden gibt, wie mit psychisch kranken Menschen umgegangen werden kann.

*„Doch, Fachwissen nützt sehr viel, ist jedoch nicht dasselbe wie die Diagnostik. Also Fachwissen, wenn ich weiss, dass ... die Bereitschaft oder die psychischen Möglichkeiten von einer depressiven Person*

*eingeschränkt sind, zum Beispiel zum auf die Bedürfnisse eines Kindes einzugehen oder so, also das ist Fachwissen...“ (Expertin C, Absatz 31)*

Für die externe Ressourcenerschiessung sind sich alle Expertinnen und Experten einig, dass es eine Diagnose braucht. Auch für die professionelle Zusammenarbeit ist die Diagnose nützlich, betont eine Expertin.

*„dann kann es sein, dass ich rein durch in Gespräch oder durch Beobachtung rein mal etwas irritiert bin. ...da ist etwas.“ (Expertin C, Absatz 14)*

Die Diagnose zu wissen, da sind sich alle Expertinnen und Experten einig, kann auch hinderlich sein. Ein Experte schildert dies wie folgt:

*„Das Problem ist aber, du hast das Wissen, systemtheoretisch gesprochen, also Luhmann, das heisst in deinem Bewusstsein ist bereits das drin. Das heisst autopoietisch arbeitest du bereits damit. Und das hindert dich daran wirklich offen, denn du beginnst einzuteilen, aha, das ist das, ah darum... Das könnte ein hinderlicher Aspekt sein.“ (Experte B, Absatz 27)*

Weiter ist die Gefahr der Stigmatisierung ein Thema. Einerseits die Selbststigmatisierung, andererseits aber auch, dass sich die Menschen von der beratenden Person stigmatisiert fühlt. Dies hat laut Expertin D eine blockierende Wirkung. Weiter beschreibt sie, dass Klientinnen und Klienten manchmal in eine Opferhaltung gehen, in der die Diagnose wie ein Retter, eine Entschuldigung oder eine Ausrede ist. Experte E formuliert die negative Wirkung so: Die Diagnose reduziert die Aufmerksamkeit, den Menschen in seiner Lebenswelt zu erkennen und auf diese zu reagieren.

## 5.2.2 Kategorie Familiensystem

Die zweite Hauptfrage lautet:

### **Auf was achten Sie besonders, wenn Sie wissen, dass ein Elternteil psychisch krank ist?**

Da die Aussagen der Expertinnen und Experten zum Familiensystem teilweise identisch sind, aber doch oftmals feine Nuancierungen enthalten, wird die Darstellung der Ergebnisse beim Familiensystem nach den einzelnen Expertinnen und Experten aufgegliedert, damit keine wertvollen Informationen verloren gehen.

Eine Expertenperson nimmt im Prinzip vor allem auf, was die Familie oder einzelne Familienmitglieder in die Beratung bringen. Eine andere Expertenperson hat mehrere Punkte, auf welche sie aufgrund ihres Fachwissens besondere Beachtung schenkt. Die anderen drei Expertenpersonen liegen irgendwo dazwischen.

Alle Expertinnen und Experten legen den Fokus beim gesamten Familiensystem besonders auf die Interaktionen und die Kommunikation untereinander.

Expertin A achtet beim gesamten Familiensystem darauf, ob es ein Machtgefälle oder eine Verschiebung der Verantwortung zwischen den einzelnen Familienmitgliedern gibt. Sie informiert und klärt über die psychische Krankheit auf und welches Verhalten die Krankheit eher verstärkt. Auch das Helfersystem hat sie im Blick, da solche Familien oft einen Rattenschwanz von Problemen haben. Dabei versucht sie, Risikofaktoren zu erkennen, um diese gezielt zu reduzieren. Weiter unterstützt sie die Familie dabei, sich selber Hilfe zu organisieren. Wie die Eltern in ihrer Erziehungsfunktion gestärkt werden können und welche Entlastung die Eltern brauchen ist ein weiterer Punkt, auf den Expertin A achtet. Sie bespricht mit den Eltern, was für das Kind in seiner Situation schwierig sein kann.

*„Was ich in Familien auch häufig festgestellt habe, wo nur ein Teil betroffen gewesen ist, dass es eben auch zu so einem Machtgefälle kommt.... Häufig gibt es dann in Bezug auf Verantwortung und Macht Verschiebungen.“* (Expertin A, Absatz 34)

Experte B sagt aus, dass er etwas wacher ist, wenn bei einer lösungsorientierten Familienberatung ein Elternteil psychisch krank ist. Er achtet darauf, welche Rollen die einzelnen Familienmitglieder haben. Wenn das Krankheitsbild es verlangt, schlägt er sehr bald Regeln für die Kommunikation in der Beratung vor. Das Gespräch passt er dem schwächsten Familienmitglied an.

Expertin C achtet besonders darauf, die Ressourcen der Familie zu nutzen. Ein Schwerpunkt legt sie darauf zu achten, ob es eine Sprachlosigkeit im Familiensystem gibt, um Benennungsmöglichkeiten mit der Familie zu suchen.

Expertin D schaut, welches die Auswirkungen des Krankheitsbildes auf die gesamte Familie sind und was das für die Familie bedeutet. Sie spricht die Schwierigkeiten an, um gemeinsam Ideen zu kreieren. Dabei wird mit allen Familienmitgliedern geschaut, was anders gemacht werden kann um zu helfen. Ein weiterer Fokus liegt auf der Ressourcenorientierung. Weiter achtet Expertin D darauf, ob es eine Schuldzuweisung im Familiensystem gibt.

*„Aber in der Familie ist mehr der Fokus, was bedeutet das für alle, wenn er oder sie das oder das macht. Was heisst das? Oder auch die betroffene Person, was hat sie für eine Idee, was das bedeutet für die andern. Also das die Schwierigkeit thematisiert werden kann und dass man dann Ideen miteinander kreieren kann. Was würde den andern helfen, wenn die Person, welche die Diagnose hat, anders machen würde. Oder was gäbe es für Ideen, was könnte sie selber anders machen.“* (Expertin D, Absatz 19)

Experte E wertschätzt alle für ihren Beitrag. Wenn jemand (durch die psychische Krankheit des Elternteils) mehr übernimmt, wird er mehr wertgeschätzt. Da das Kind das schwächste

Familienmitglied ist, macht er das Gespräch kinderorientiert. Er achtet darauf wer mit wem Kontakt hat. Und ob es überhaupt Kontakt gibt.

Teilweise haben sich die Expertinnen und Experten auch zu einzelnen Familienmitgliedern geäußert. Allen gemeinsam ist, dass darauf geachtet wurde, ob ein einzelnes Familienmitglied Unterstützung braucht und ob die Grundbedürfnisse gedeckt sind. Nicht alle Expertinnen und Experten haben zu jeder Person eine Aussage gemacht.

- Beim Kind wird auf folgendes besonders geachtet:

Expertin A spricht die Schuldfrage beim Kind an. Sie informiert das Kind altersentsprechend über die psychische Krankheit. Ohne dabei überaktiv zu werden schaut sie, ob das Kindeswohl gefährdet ist und ob die Gefahr der Parentifizierung besteht.

Experte B achtet darauf ob das Kind genug Raum hat, um zu sagen, was schwierig ist. Je nachdem führt er auch Einzelgespräche mit dem Kind.

Expertin C schaut, wie das Kind informiert ist und ob es die Situation altersentsprechend einordnen kann. Weiter achtet sie darauf, ob es aufgrund einer Parentifizierung eine Entlastung braucht. Sie schlägt dies im Konjunktiv vor. Die Parentifizierung bespricht sie je nachdem nur mit dem gesunden Elternteil.

*„Sicher wie das Kind informiert wird. Da ist oft eine Sprachlosigkeit in einem Familiensystem. Also dass es sicher eine Sprache, eine Benennungsmöglichkeit gibt für das was mit Mama oder Papa los ist. Das ist sicher etwas Wichtiges.“* (Expertin C, Absatz 40)

Expertin D hat im Blick, ob ein Kontakt von den Eltern zum Kind besteht und ob das Kind die Chance hat, sicher gebunden zu sein. Auch achtet Expertin D darauf, ob der kranke Elternteil eine Beziehung zum Kind aufbauen konnte und ob überhaupt ein Kontakt besteht. Wenn sie beim Kindeswohl etwas wahrnimmt, sie das Gefühl hat, es liegt etwas in der Luft, stellt sie Fragen dazu. Weiter ist ein Thema, ob der gesunde Elternteil dem Kind gegenüber aufheben oder auflösen kann, was aus der psychischen Erkrankung des anderen Elternteils hervorgeht. Expertin D betont, dass besprochen werden muss was ist, wenn wieder eine Krise kommt. Einen bevorstehenden Klinikeintritt bespricht sie nicht vor den Kindern. Bei gewissen Störungsbildern thematisiert sie die Schuldfrage, da diese auf die Kinder übertragen wird.

Experte E achtet nur besonders auf etwas beim Kind, wenn die Eltern sagen, dass sie es nicht mehr schaffen oder wenn ihm etwas auffällt oder er etwas wahrnimmt, dass das Kind leidet. Er betont,

dass er keinen Abklärungsauftrag in der Familienberatung hat. Wenn das Kind leidet, spricht er primär darüber, was das Kind braucht. Wenn das Kind gefährdet ist, rückt es ins Zentrum. Dann stellt Experte E Fragen ohne Mandat zum Kind. Aus dem Fachwissen macht er Fragen daraus, zum Beispiel ob das Kind kompensiert.

- Beim gesunden Elternteil wird auf folgendes besonders geachtet:

Expertin A analysiert, ob der gesunde Elternteil eine Ressource oder ein Belastungsfaktor darstellt, welcher das Problem mangels Psychoedukation aufrechterhält.

Experte B achtet beim gesunden Elternteil besonders darauf, ob er einen Ausgleich hat. Auch welche Stellung er hat und welche Aufgaben er übernimmt.

Expertin C nimmt besonders gut wahr, wie es dem gesunden Elternteil geht und ob er eine Entlastung braucht. Wieviel er kompensiert, hat Expertin C ebenfalls im Blick. Je nachdem bespricht sie das Parentifizieren mit dem gesunden Elternteil, damit dies bewusst wird.

*„Also worauf ich besonders schaue, also dort kommt irgendwo mein Fachwissen dazu, also das muss ich auf jeden Fall auf dem Bildschirm haben, wie geht es dem Partner, wieviel kompensiert dieser? Braucht es eine Entlastung? Wer steht wo?“ (Expertin C, Absatz 38)*

Expertin D hat im Blick, wie es dem gesunden Elternteil geht, was er für sich macht, ob es einen Ausgleich gibt und wie er unterstützt werden kann. Auch ob die Bedürfnisse befriedigt werden und ob diese überhaupt Platz haben, genauso wie dies auch für Unzufriedenheiten gelten muss. Expertin D klärt ab, welche Möglichkeiten der gesunde Elternteil zur Bewältigung der Situation gefunden hat und welche davon hilfreich sind. Weiter beobachtet sie, ob der gesunde Elternteil eine Schonhaltung gegenüber dem psychisch kranken Elternteil einnimmt und wie diese durchbrochen werden kann, wenn der psychisch kranke Elternteil nur noch als psychisch krank betrachtet wird (und so die Diagnose zementiert wird).

- Beim psychisch kranken Elternteil wird auf folgendes besonders geachtet:

Expertin A achtet beim psychisch kranken Elternteil besonders auf die Beziehungsgestaltung mit personenzentriertem Ansatz. Je nach Störungsbild braucht es Anpassungen in Bezug auf die Situationsverarbeitung, die Konzentrationsfähigkeit oder beim adäquaten Verarbeiten von Informationen. Um eine gute Hilfsplanung zu machen, braucht es laut Expertin A einen

pathogenetischen Blick, der die Entwicklungsdefizite, die emotionalen und die kognitiven Defizite eruiert.

Experte B denkt, dass er vielleicht etwas vorsichtiger, sorgfältiger, feiner und subtiler im Umgang mit dem kranken Elternteil ist. Er nimmt wahr, ob der psychisch kranke Elternteil immer geschont oder klein gemacht wird. Welche Probleme und Position er innerhalb der Familie hat. Er fragt, was dem kranken Elternteil hilft, was er jetzt gerade braucht und über was er reden möchte.

*„Besonders? Das ist eine gute Frage. Vielleicht, noch intensiver auf die Interaktionen. Wie wird mit dem psychisch kranken Menschen kommuniziert. Z.B. wird er immer geschont oder "ja weisst du, da musst du jetzt nichts dazu sagen" so, wird er eher klein gemacht oder welche Position hat dieser Mensch im Familiensystem. Hat er eine sehr mächtige Position oder so Sachen interessieren dann ein bisschen mehr.“* (Experte B, Absatz 32)

Expertin D nimmt wahr, ob der Umgang mit dem kranken Elternteil schonend oder fordernd ist.

### 5.2.3 Kategorie Werkzeuge

Die dritte Hauptfrage lautet:

**Mit welchen Techniken arbeiten Sie bei einer Familienberatung, wenn ein Elternteil psychisch erkrankt ist?**

Die Expertinnen und Experten beantworteten diese wie folgt:

Bei den klassisch-lösungsorientierten Techniken im Allgemeinen haben alle fünf Expertinnen und Experten die Aussage gemacht, dass es bei der Anwendung nicht relevant ist, ob in einer Familienberatung ein Elternteil psychische Probleme hat oder nicht. Sehr vereinfacht lautete der allgemeine Tenor, dass alle Techniken angewendet werden können - entweder es passt, oder man macht etwas anderes.

Für den Experte E ist die Interaktionsbereitschaft des Gegenübers zentral. Hat die Person ein Problembewusstsein und möchte sie etwas ändern? Falls ja, ist alles möglich:

*„Mit Kunden kannst du die Wunderfrage oder Timeline oder Standartziel oder du kannst Ausnahmefragen. Du kannst alles loslegen. Unabhängig in welcher Welt der andere ist. Die kann ich locker einem autistischen Menschen stellen“* (Experte E, Absatz 117).

Auch die Komplexität der Fragen ist laut den Experten E und B entscheidend. Fragen müssen so formuliert werden, dass sie auch für das jeweilige Gegenüber verständlich sind. Auch hier kommt es

nicht auf die psychische Verfassung der zu beratenden Personen an. Die Fragen werden der Reaktion des Gegenübers angepasst:

*„Der andere bestimmt das. Kann er oder sie mit dieser Frage etwas anfangen. Ist sie zu komplex, zu einfach formuliert oder verwirrt sie mehr. Du stellst eine Frage, er schaut dich verwirrt an, dann weisst du, andere Frage bitte, einfachere“* (Experte E, Absatz 79).

Grundsätzlich, so Experte B, stellt er die Fragen bei Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil eher etwas feinfühler und subtiler. Die Konzentrationsfähigkeit muss ebenfalls beachtet werden. Zum Teil ist diese bei der betroffenen Person eingeschränkt. Auch die Fähigkeit, Informationen zu verarbeiten. Es muss aufgepasst werden, dass die Fragen nicht zu anspruchsvoll sind.

Expertin A betont, dass es nicht in erster Linie die lösungsorientierten Techniken sind, sondern die Haltung dahinter, welche eine gelingende Beratung und eine gute Beziehungsgestaltung ausmachen. Letzteres ist, gerade bei psychisch erkrankten Personen, besonders wichtig.

Bei den Fragen zu den einzelnen, spezifischen Techniken haben die Expertinnen und Experten etwas stärker differenziert.

Besonders bei der Wunderfrage wurden Ausnahmen genannt. Zum Beispiel erklärten drei Expertinnen und Experten, dass sie die Wunderfrage bei psychotischen Menschen nicht stellen. Auch bei Menschen mit Suizidgedanken ist die Frage - aus ihrer Sicht - nicht anwendbar.

Experte E erklärt, dass er die Wunderfrage einer ganzen Familie nicht stellt, da die Komplexität dieser Frage für Kinder oft zu herausfordernd ist. Im Einzel- oder Paargespräch ist die Wunderfrage für Personen mit einer psychischen Erkrankung andererseits sinnvoll, da auf ein Ziel hinarbeitet wird. Zum Beispiel zur Alltagsbewältigung bei Familien mit einer Drogenproblematik.

Experte B erklärt, dass er die Wunderfrage in Familien nur bringt, wenn er sicher ist, dass die ganze Familie, bereit ist für diese Frage.

Für Expertin A sind die Ausnahmefragen in Familiensettings mit einem psychisch erkrankten Elternteil sehr hilfreich:

*„... zu schauen, wo läuft es gut, in welchen Bereichen. Wo gibt es Ausnahmen, wann ist es besser oder schlechter? Unter Tags oder unter der Woche, dies sind Sachen, die ich immer im Repertoire gehabt habe. ... oder überhaupt Unterschiede zu erfragen. Ist es denn am Morgen schlimmer mit der Depression oder am Abend“* (Expertin A, Absatz 42).

Die Sicht der verschiedenen Familienmitglieder zu hören, eine Idee zu bekommen, was für wen schwierig ist, kann helfen, kleine Schritte und Ziele zu formulieren.

Ähnlich formuliert Expertin D die Vorteile der Skalierungsfragen in den oben genannten Settings. Auch hier werden die verschiedenen Empfindungen der Familie abgebildet und für alle sichtbar gemacht:

*„Gerade bei Familien sind die schön, wegen der Unterschiede. Wenn du merkst, einer skaliert die gleiche Frage so, der andere so“* (Expertin D, Absatz 64).

Diese unterschiedlichen Skalierungen ist eine wichtige Information für alle Beteiligten.

Zu beachten bei den Skalierungsfragen ist gemäss Expertin D, dass neben der Motivation auch die Zuversicht und die Hoffnung abgefragt wird. Gerade bei Menschen und Familien mit einem Suchtproblem geben die Antworten wichtige Hinweise für die Beratungsperson. Vor allem dann, wenn der Elternteil immer wieder rückfällig geworden ist.

Die Wertschätzung der Familie oder der Einzelpersonen und die Beziehungsgestaltung sind bei allen Experten die Grundbausteine eines gelingenden Beratungsalltages. Gemäss Expertin A, muss eine Beratungsperson bei Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung besonders stark an der Beziehung arbeiten. Aufgepasst werden muss andererseits bei Menschen mit einer paranoiden Persönlichkeit. Hier sollte mit Komplimenten anfangs gespart werden.

Die Leidanererkennung wird bei drei Experten mehrmals erwähnt. Diese hat in der lösungsorientierten Beratung einen wichtigen Stellenwert, nicht nur bei psychisch belasteten Familien. Dieser Wahrnehmung muss viel Zeit und Raum eingeräumt werden, damit die Schwierigkeiten benannt werden können. Es darf nicht mit plattem Optimismus zu schnell nach Lösungen gesucht werden. Expertin A erklärt:

*„Also, wenn ich weiss, die Person hat eine Depression, dann ist klar dass ich nicht fragen, wann gibt es eine Ausnahme, wann ist es dann besser? Da muss ich Raum geben, ich sage jetzt mal, für das Jammern“* (Expertin A, Absatz 20).

Die Art und Weise, wie mit der Klientel gesprochen wird, wie ihnen Wertschätzung und Akzeptanz entgegengebracht wird und wie auf ihre Bedürfnisse eingegangen wird, ist gemäss allen Expertinnen und Experten entscheidend für eine gelingende Beratung. Unabhängig davon, ob in einer Familie eine Person psychisch belastet ist oder nicht. Expertin C formuliert:

*„Also, was passiert zwischen mir und den Klienten. Das entsteht durch die Art und Weise wie wir zusammen tanzen... was die sagen, wie sie es sagen oder was läuft, bestimmt wie ich probiere weiterzugehen. Das ist die Basis“* (Expertin C, Absatz 55).



## 5.2.4 Kategorie Grenzen des lösungsorientierten Ansatzes

Die letzte Hauptfrage lautet:

### **In welchen Situationen stossen Sie mit dem lösungsorientierten Ansatz an Grenzen?**

Die Expertinnen und Experten beantworteten diese wie folgt:

Bei der Frage um die Grenzen des lösungsorientierten Ansatzes waren sich die fünf Expertinnen und Experten einig. Mit den Methoden oder Werkzeugen des Ansatzes, welche bereits im vorangehenden Teilkapitel besprochen wurden, kann man ganz klar an Grenzen stossen. Dies ist wie bei jeder anderen Beratungsmethode, entweder sie passt, oder sie passt nicht.

Expertin C erklärt, dass die Werkzeuge beschreiben, wie mit Menschen gesprochen wird und welche Art von Fragen hilfreich sein können. Da diese hauptsächlich über die Sprache konzipiert sind, sehen die Expertinnen und Experten verschiedene Grenzen.

Einerseits muss die Klientel der Sprache mächtig sein. Bei Kleinkindern, Personen mit starken Spracheinschränkungen und fremdsprachigen Menschen stösst man mit den rein lösungsorientierten Beratungsmethoden schnell auf Hindernisse. Expertin C erklärt dazu:

*„Die Sprache ist etwas so Wichtiges in diesem Ansatz - durch die Sprache kommt man zur Wirklichkeit. ... Nur schon die sprachlichen Möglichkeiten, das Sprachverständnis, all das. Es ist ein sprachlastiges Modell, das Hauptinstrument, mit dem ich mich austausche, wenn das nicht geht...“* (Expertin C, Absatz 76 - 78).

Von einer weiteren Grenze berichten Expertin C und Experte E. Nämlich, wenn der Mensch kommunikativ nicht erreichbar ist. Wenn er zum Beispiel im Koma liegt, sich in einer eigenen Welt oder einem psychotischen Schub befindet. In diesen Situationen können keine veränderungsorientierten Gespräche mehr geführt werden und das Erarbeiten von Zielen ist nicht möglich.

Auch kulturell gibt es, gemäss Expertin C, beim lösungsorientierten Ansatz Grenzen. Sie erklärt, dass die kulturelle Herkunft des Gegenübers für die Beratung relevant ist. Was in der einen Kultur gang und gäbe ist, wäre in einer anderen undenkbar:

*„Kulturell vielleicht noch, es gibt gewisse Dinge die gar nicht gehen. Ganz banal, in Amerika kann ich durchaus, wenn jemand heulend kommt, fragen: so whats better? Das kann ich hier einfach nicht, schlicht nicht, das ist nicht angemessen“* (Expertin C, Absatz 83).

Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Beratungsperson alle kulturellen Eigenheiten toleriert. Sobald Selbst- oder Fremdgefährdung ein Thema ist, übernimmt die Beratungsperson das Expertentum über die Klientel. Dazu erklärt Expertin C:

*„In sehr vielen Kulturen ist Gewalt etwas, was akzeptiert wird. Dann schaue ich zuerst in deren Augen und schaue, wie sie es sehen. Dann muss ich nicht lange um den Brei herumsprechen. ...dann gebe ich das vor. Was können sie tun, damit Sie die schweizerischen Normen einhalten können. Aber zuerst, am Anfang steht aber ..., der macht das ... mit einer Absicht ... und in der Regel ist das eine ganz schlimme oder schwierige Strategie. Aber die Absicht ist meistens eine Gute. Damit kann man gut arbeiten“* (Expertin C, Absatz 85).

Die Frage nach der Selbst- und Fremdgefährdung und ob die lösungsorientierte Beratung dort an Grenzen stösst, wurde von allen Expertinnen und Experten ähnlich beantwortet. Bei Gefährdungen jeglicher Art kommt jedes Gesprächsführungsmodell an die Grenzen. Dort geht es darum, dass die Beratungsperson die Verantwortung für die gefährdete Person übernehmen muss. Bei Suizidalität zum Beispiel wird dem Menschen die Kompetenz seines Expertentums abgesprochen. Das Fachwissen kommt hier zum Tragen, damit keine Kurzschlussreaktion passiert. Die Expertinnen und Experten sehen eine solche Intervention nicht als Grenze der lösungsorientierten Methode, sondern als eine Pflicht. Experte B erklärt diesbezüglich:

*„Suizidalität, das würde ich anders rahmen. Aber ich bin trotzdem noch lösungsorientiert, ich kann nicht anders. Ich würde trotzdem mit Wertschätzung und allem... nur, dort würde ich dann sagen, okay, jetzt übernehme ich“* (Experte B, Absatz 48).

Als nächstes könnte man auch an Grenzen stossen, wenn man gemäss Expertin A nur die inneren Ressourcen mobilisieren will. Für sie ist es entscheidend, auch die externen Ressourcen immer im Blick zu haben. Wie kann in der jeweiligen Lebenswelt gut gelebt werden oder welche zusätzlichen externen Ressourcen müssen aktiviert werden. Ähnlich argumentiert auch Expertin D, welche vor allem das professionelle Hilfsnetz anspricht:

*„Ich finde es wichtig, dass wir unsere Grenzen wahrnehmen, die Beruflichen, die wir haben und das Hilfsnetz, das Optimalste für den Klienten, nutzen, das es gibt“* (Expertin D, Absatz 77).

Hier wird von der beruflichen Grenze gesprochen. Da vier der fünf Expertinnen und Experten Sozialarbeitende sind, sehen sie eine Triage zu einer anderen Beratungsstelle oder zu einem Arzt nicht als Grenze der Lösungsorientierung. Die Triage wird als eine mögliche Lösung gewertet. Experte E:

*„Medikamente können sehr wohl auch sinnvoll sein. Aber das ist nicht mein Terrain. Da gibt es andere Leute dafür“* (Experte E, Absatz 125).

Die Expertinnen und Experten sind sich einig, dass es bei der lösungsorientierten Haltung, im Gegensatz zu den Werkzeugen keine Grenzen gibt. Wenn man lösungsorientiert auftritt, also respektvoll, wertschätzend und mit den verschiedenen Grundannahmen im Gepäck, ist es egal, was und wo etwas entgegenkommt. Expertin D meint dazu:

„Diese (die Haltung) funktioniert immer, mit ihr kann man den Menschen immer und überall begegnen. Sie hat keine Grenzen“ (Expertin D, Absatz 68).

### 5.2.5 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Der Umgang mit der Diagnose wird von den Expertinnen und Experten sehr unterschiedlich bewertet. Es sind sich jedoch alle einig, dass das Fachwissen eine absolute Voraussetzung darstellt, um mit einem psychisch kranken Elternteil zu arbeiten.

Für alle ist es das Hauptanliegen, das Familiensystem als gesamte Einheit zu stärken. Auf die Interaktionen und die Kommunikation untereinander wird besonders geachtet. Dabei liegt der Fokus aber durchaus auch auf den einzelnen Familienmitgliedern. Die Frage, was sie in ihrer individuellen Situation brauchen, leitet alle Expertinnen und Experten.

In der lösungsorientierten Familienberatung werden laut den Expertinnen und Experten alle Techniken angewendet. Entweder es passt oder man probiert etwas anderes aus. Dabei spielt es keine Rolle, ob ein Elternteil psychisch krank ist oder nicht.

Die Expertinnen und Experten bestätigen, dass man mit der Grundhaltung des lösungsorientierten Ansatzes in der Regel kaum an Grenzen stösst. Bei einer akuten Gefährdung muss das Expertentum der Klientin oder dem Klienten abgesprochen werden. In einer solchen Notsituation kommt der lösungsorientierte Ansatz mit seinen Techniken an Grenzen, die Grundhaltung kann jedoch beibehalten werden. Eine klare Grenze besteht, wenn absolut keine Kommunikation möglich ist.

## 6. Diskussion der Forschungsergebnisse

In diesem Kapitel werden die Forschungsergebnisse diskutiert und die Forschungsfrage beantwortet. Auf eine wiederholte Nennung der Quellenangaben aus den Theoriekapiteln wird zugunsten der besseren Lesbarkeit verzichtet.

### 6.1 Diskussion

#### 6.1.1 Kategorie Diagnose

Alle Expertinnen und Experten sind sich einig, dass für sie letztlich nicht die psychische Diagnose nach ICD-10, sondern deren Auswirkungen auf den Familienalltag relevant ist. Mit der Diagnose bekommt die Klientel eine fixe Konstruktion übergestülpt, was der individuellen Persönlichkeit nicht gerecht wird. Anhand von Auffälligkeiten der psychischen Grundfunktionen wie zum Beispiel Bewusstseins-, Wahrnehmungs- oder Aufmerksamkeitsstörungen wird der Mensch kategorisiert. Mit ihrer Grundhaltung «Nichts ist immer dasselbe», reagieren lösungsorientierte Beratungspersonen auf die Erkenntnis, dass psychisch erkrankte Personen nicht immer gleich krank sind. Wie beim Konzept von Antonovski, welches das Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit beschreibt, können sich psychisch erkrankte Personen manchmal sehr gut und beschwerdefrei fühlen und/oder das Familienleben funktioniert vielleicht über mehrere Wochen hinweg einwandfrei. Die Expertinnen und Experten sind der Meinung, dass dieser positive und gesunde Anteil der Menschen bei der Diagnose jedoch nicht beachtet wird.

Die Forschungsergebnisse aus den Interviews zeigen auf, dass der lösungsorientierten beratenden Person die Diagnose nicht immer bekannt ist. Dieser Tatsache stehen die Expertinnen und Experten kontrovers gegenüber. Einige der befragten Expertenpersonen interessieren sich schlichtweg nicht für die Diagnose. Denn oft würden Menschen gemäss ihrer Diagnose stärker stigmatisiert, als wenn sie ohne konkrete Diagnose wahrgenommen werden.

Andere Experten wiederum anerkennen zwar die Vorbehalte wegen drohender Stigmatisierung, möchten aber trotzdem die Diagnose kennen, weil sie Orientierung bietet und so viel Fachwissen im Beratungsalltag angewendet werden kann. Das Fachwissen über psychische Krankheiten wird von allen Expertinnen und Experten als enorm wichtig erachtet. Zudem profitieren sie gerne von der Forschung, welche über psychische Krankheiten gemacht wird. Sie verschafft ihnen Wissen über den Umgang mit psychischen Störungen. Das Fachwissen nutzen die Expertinnen und Experten

unabhängig davon, ob die Diagnose bekannt ist oder ob sie selber eine Dysfunktion der psychischen Grundfunktion wahrnehmen.

Das Fachwissen kommt beispielsweise zum Zug, wenn eine Person in der Beratung erzählt, dass sie dauernd müde ist, keinen Antrieb hat, schlecht schläft und wenig Appetit hat. Die Ergebnisse dieser Forschung haben ergeben, dass sich die Expertinnen und Experten aufgrund des Fachwissens Hypothesen bilden, um dann die für sie relevanten Fragen stellen. Die Hypothesenbildung wird nicht der lösungsorientierten Beratung zugeschrieben. Trotzdem ist sie für alle befragten Expertinnen und Experten eine wichtige Methode, die sie regelmässig anwenden.

Eine wichtige Grundannahme der lösungsorientierten Methode ist, dass das Expertentum der Klientin, dem Klienten gehört. So wird zum Beispiel mit Ausnahmefragen genaueres in Erfahrung gebracht. Nur mit dem entsprechenden Fachwissen über die einzelnen psychischen Erkrankungen können die Klientinnen und Klienten professionell beraten und wenn nötig einer anderen Stelle zugewiesen werden.

Generell haben lösungsorientierte Beratungspersonen das Ziel, mit dem zu arbeiten, was vorhanden ist. Sie gehen auf die Menschen und ihre Bedürfnisse ein und helfen ihnen, künftige Ziele zu definieren. Sie unterstützen sie auf ihrem Weg dorthin und begleiten die laufenden Veränderungsprozesse. Nimmt die Beratungsperson eine Dysfunktion der psychischen Grundfunktionen wahr, geht sie darauf ein und zieht die Störung in den Prozess mit ein. Sie versucht so damit zu arbeiten, dass es für alle am Prozess beteiligten Personen hilfreich ist.

Unisono sind sich alle befragten Expertinnen und Experten einig, dass die Diagnose nach ICD-10 unverzichtbar sei bei der externen Ressourcenerschliessung. So zum Beispiel bei der Krankenkasse, über welche die Beratung, Therapie, aber auch Medikamente abgerechnet werden können.

### 6.1.2 Kategorie Familiensystem

Die Erkrankung eines Elternteils ist meist für die ganze Familie einschneidend. Die Familie kann in der Beratung jedoch auch als grosse Ressource genutzt werden. In der Familienberatung können Wege und Ziele definiert werden, die man gemeinsam erreichen will. Wenn der Zusammenhalt gross und der Wunsch nach Veränderung gemeinsam vorhanden ist, kann sehr viel Energie und Zuversicht entstehen. Dieses Bewusstsein äusserten alle Expertinnen und Experten in den Interviews. Dank der lösungsorientierten Beratung, deren Grundannahmen und der Art, wie mit den Familien gesprochen wird, gelinge es oft, sich gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten auf einen Weg zu begeben, bei

dem Autonomie und Expertentum der beratenen Personen erhalten bleibe. Dies fördere Veränderungen.

Die Antworten und Meinungen zur Kategorie Diagnose (Kapitel 6.1.1.) waren kontrovers. Dies steht im Gegensatz zu den Aussagen zum Familiensystem, wo sich die Expertinnen und Experten weitgehend einig sind. Hier gibt es keine Kontroversen. Ein besonderes Augenmerk wird auf die Interaktionen gelegt. Wie gehen die Familienmitglieder miteinander um? Welche Beziehung und Kommunikation pflegen sie und welche sind die nonverbalen Verhaltensmechanismen? Ist überhaupt eine Beziehung beispielsweise zwischen dem kranken Elternteil und dem Kind wahrnehmbar? Besonders geachtet wird auch darauf, welche Rolle jedes einzelne Familienmitglied im System hat und ob ein Familienmitglied Unterstützung benötigt.

Ob sich ein Machtgefälle abzeichnet oder ob es zu einer Verschiebung der Verantwortung gekommen ist, wird ebenfalls genau analysiert. All diese Punkte werden bei jedem einzelnen Familienmitglied wahrgenommen. Diese Forschung zeigt auf, dass es den Expertinnen und Experten wichtig ist, die Ressourcen der Familie und der einzelnen Mitglieder zu erkennen. Ganz nach der lösungsorientierten Methode wird im Familiensystem das gestärkt, was funktioniert. Dies zeigt der Familie auf, wo ihre Pluspunkte liegen und auf was sie trotz aller Schwierigkeiten stolz sein können. Wo sie sich aufeinander verlassen können. Diese Vorgehensweise kann das Selbstbewusstsein jedes einzelnen Familienmitglieds stärken und sich positiv auf den Veränderungsprozess auswirken.

Die Expertinnen und Experten sind sich einig, dass es trotz psychischer Erkrankung für den betroffenen Elternteil wichtig ist, weiterhin Rechte und Pflichten in der Familie zu haben. Vielleicht schafft er einen Teil der Reinigung des Haushaltes oder eine kurzzeitige Betreuung der Kinder. Die Expertinnen und Experten zeigen auf, dass das Stärken der Beziehung innerhalb der Familie für den kranken Elternteil eine förderliche und stabilisierende Wirkung hat. Im Wissen darum, dass bei fast allen psychisch Erkrankten die gesellschaftliche Teilhabe eingeschränkt ist, erscheint das Festigen der sozialen Beziehung innerhalb aber auch ausserhalb der Familie elementar.

Beim gesunden Elternteil richten alle Expertinnen und Experten das Augenmerk darauf, wie die Alltagsbewältigung aussieht und ob dieser Elternteil Möglichkeiten hat, sich einen Ausgleich und Entlastung zu verschaffen. Es wird bewusst hingehört, welche zusätzlichen Pflichten er übernimmt. Wenn die gesunde Person es schafft, Arbeiten der Familie altersgerecht abzugeben und sich für einzelne Gebiete externe Hilfe zu holen, kann dies für das gesamte Familiensystem wertvoll sein.

Zum einen ist eine psychische Erkrankung eines Partners oder einer Partnerin in verschiedenen Lebensbereichen des Familienalltages äusserst einschneidend. Dazu kommt, dass sich der gesunde Partner oder die gesunde Partnerin oft Vorwürfe macht und sich verantwortlich für die Erkrankung

fühlt. Die Gefahr, selbst zu erkranken, ist sehr gross. Eine Erkrankung wäre für das gesamte Familiensystem schwerwiegend. Dessen sind sich alle Befragten dieser Forschung sehr bewusst. Das Risiko einer ungesunden Aufopferungshaltung wird deshalb auf jeden Fall angesprochen. Abwechslung, Psychohygiene und eigene Bedürfnisbefriedigung erhalten gesund und stärken einen Menschen ungemein. Den Alltag mit Kindern und einem psychisch erkrankten Partner oder einer Partnerin zu bewältigen fordert eine Person enorm. Einen Ausgleich dafür zu schaffen, ist essentiell für die eigene Gesundheit. Wie in Kapitel 2.2.2 beschrieben, sind ausserfamiliäre Kontakte für die gesunde Partnerin, den gesunden Partner zwingend nötig. Dies ist für alle befragten Expertinnen und Experten ein Thema.

Alle Expertinnen und Experten weisen darauf hin, dass die Kinder die Schwächsten im System sind und somit auch eine besondere Aufmerksamkeit verdienen. So ist das Kindeswohl bei allen Befragten ein Thema, auf das sie immer besonders achten. So wird stets über Wahrnehmung und Beobachtung abgeklärt, ob die Grundbedürfnisse des Kindes gedeckt sind. Wenn das der kranke Elternteil nicht mehr schafft, kann dies vom anderen übernommen werden? Gibt es vielleicht Personen aus der erweiterten Familie oder nahestehende Freunde, welche hier einen Teil beitragen können? Die Ergebnisse dieser Forschung zeigen auf, dass sich alle Expertinnen und Experten bewusst sind, dass das Wohlbefinden des Kindes für dessen Entwicklung von zentraler Bedeutung ist. Unterschiede zeigen sich bei der Vorgehensweise der Expertinnen und Experten. Dabei ist nicht so trennscharf zu eruieren, wer wie aktiv, zum Beispiel mit konkreten Fragen, abklärt, ob das Kind zu sehr belastet ist. So äussert sich mindestens ein Experte, dass er mit dem arbeitet, was er beim Kind wahrnimmt oder was die Eltern ihm erzählen. Wenn ihm nichts auffällt, fragt er auch nicht weiter nach.

Wenn ein Elternteil psychisch erkrankt, zerbrechen oft die Alltagsstrukturen und die Rollenverteilung innerhalb der Familie. Den Kindern mangelt es dann meist an Halt und Struktur. Kinder übernehmen in diesen Situationen Aufgaben der Eltern, um eine gewisse Normalität aufrecht zu erhalten. Ob es ein genaueres Nachfragen beim Kind während der Beratung ohne konkreten Auftrag bedarf, um der Parentifizierung entgegenzuwirken, lässt sich nicht so klar beurteilen. Einerseits ist die Gefahr der Überforderung der Kinder, wenn ein Elternteil psychisch krank ist, bestens bekannt. Andererseits wird es als übergriffig beurteilt, diese Fragestellung ohne konkrete Hinweise genauer abzuklären. Die gleiche Problematik stellt sich bei der Frage, wie weit aktiv mit dem Kind altersentsprechend über die psychische Krankheit gesprochen wird, wenn es von sich aus keinen Fragen stellt und auch keine Unsicherheiten diesbezüglich erwähnt. Die Frage steht trotzdem im Raum, da Kinder fälschlicherweise oft nicht genügend informiert werden und ihnen Wissen vorenthalten wird. Man will so die Kinder schonen, erreicht aber genau das Gegenteil. Das unter dem Deckel halten belastet

Kinder oft noch mehr als darüber zu sprechen. Altersentsprechendes Wissen zu vermitteln hilft den Kindern einzuschätzen, was gerade in der Familie passiert.

Eine Expertin berichtet von der Sprachlosigkeit über die psychische Erkrankung, die sie häufig bei Kindern antreffe. So betont sie, dass eine Sprache gefunden werden muss, um die Krankheit von Mama oder Papa einordnen zu können. Oftmals ziehen sich Kinder psychisch erkrankter Personen von ihren Altersgenossen zurück, da sie sich nicht getrauen oder es ihnen vielleicht sogar verboten wurde, über die Krankheit von Mama oder Papa zu sprechen. Scham, Schuld und Isolierung können das Kind enorm belasten. In der Beratung kann mit der Familie über die Notwendigkeit der Transparenz nach aussen gesprochen werden. Die Beratungsperson könnte mit dem Kind besprechen, wie es seinen Freundinnen oder Freunden die Situation zu Hause erklären könnte. Wenn ein Kind mit seinen Freunden und Freundinnen offen sprechen kann, fühlt es sich weniger isoliert und die Krankheit wird weniger als mächtige, undefinierbare Gefahr wahrgenommen. Die Befragten dieser Studie zeigen auf, dass eine Beratungsperson bei psychisch belasteten Familien viele Faktoren im Blick behalten muss. Wenn die ganze Familie zur Beratung kommt, gilt es zum einen die Beratung der schwächsten Person im System anzupassen. Alle sollen sich beteiligt fühlen und sich an der Beratung beteiligen können. Zum andern geht es darum, externe Ressourcen und ausserfamiliäre Kontaktmöglichkeiten zu erfragen und zu aktivieren. Sie sind zu diesem Zeitpunkt ein fundamentaler Teil der Beratung.

### 6.1.3 Kategorie Werkzeuge

Diese Forschung hat klar gezeigt, dass vor allem die Grundhaltung des lösungsorientierten Ansatzes von allen Expertinnen und Experten als wichtig erachtet wird. Welche Werkzeuge sie in welcher Situation anwenden, entscheiden sie spontan und versuchen es einfach mal aus. Wenn es passt, wird mehr davon in den Veränderungsprozess einbezogen. Was nicht funktioniert, wird weggelassen. Die Werkzeuge werden also situativ ausgewählt. Es zeigt sich weiter, dass jede Expertenperson ihre Vorlieben und Stärken hat in der Auswahl der Werkzeuge. Allen gemeinsam ist die Grundhaltung – zum Beispiel mit dem Fokus auf positive Aspekte oder dem Bemühen, das Expertentum beim Klientel zu belassen. Eine andere Grundannahme beschreibt beispielsweise, dass die Beratungsperson anhand der Reaktion des Gegenübers erkennen kann, ob die Fragestellung angekommen ist. Falls nicht, sollte sie eine andere Frage stellen. Die Fragestellungen werden angepasst, weggelassen, wiederholt – je nach dem, was nötig ist. Alle Expertenpersonen vertrauten dabei auf die gemeinsame Grundannahme: Mach mehr von dem, was geht, und lass einfach weg, was nicht geht.



Die Ergebnisse aus dem Kapitel 5.2.2 aus der Kategorie Familiensystem haben gezeigt, dass sich die Expertenpersonen unterschiedlich stark von ihrem Fachwissen leiten lassen. Einige haben viele Punkte im Blick, welche sie als wichtig erachten und sie deshalb besonders beachten. So ist die Parentifizierung aus gutem Grund bei allen im Hinterkopf. Wenn der Fokus jedoch auf zu viele Punkte gerichtet ist, welche beachtet oder eben abgeklärt werden müssen, stellt sich die Frage, wie dieses Abklären mit der Grundhaltung des Nichtwissens oder dem positiven Fokus zu vereinbaren ist. Dabei hat diese Forschung gezeigt, dass es durchaus möglich ist, durch das Fachwissen Fragen zu einem bestimmten Thema zu formulieren, mit dem Hinweis, dass die Beratungsperson gerne mehr zu einem bestimmten Thema erfahren möchte, da sie ja keine Ahnung habe, wie es in jener konkreten Familiensituation läuft.

#### 6.1.4 Kategorie Grenzen des lösungsorientierten Ansatzes

Die Grenzen des lösungsorientierten Ansatzes finden sich vor allem in den Techniken der Beratungsmethode. Da die Beratung ausschliesslich über die Sprache erfolgt, ist es zwingend, dass die zu beratende Person oder Familie der Beratungssprache mächtig und kommunikativ erreichbar ist. Die kulturellen Unterschiede können bei der Beratung als Grenzen wahrgenommen werden. Um diese Grenzen richtig zu interpretieren, braucht es Hintergrundwissen, wobei der Respekt vor anderen Kulturen wichtig sei. Darüber sind sich alle Expertenpersonen einig.

Die im Teilkapitel 5.2.4 zitierte Aussage von Expertin D, dass die lösungsorientierte Haltung überall funktioniert, erscheint anderen Befragten etwas gewagt. Überlegt man sich jedoch, was sie damit ausdrücken wollte, finden sich gute Gründe, ihre Aussage zu bestätigen. Die Expertin spricht von der Haltung, die von den Werkzeugen zu unterscheiden sei. Damit sind die Grundannahmen gemeint und die Wertschätzung, welche dem Gegenüber entgegengebracht wird. Jede Berufsperson ist Expertin oder Experte, was das Berufswissen angeht. Sie beraten die Personen, welche eine Leistung erwarten. Wenn die Berufsperson ihre Klientel lösungsorientiert berät, ist ihr bewusst, dass die Klientel über ihre Bedürfnisse entscheidet und diese nichts mit den Bedürfnissen des Berufsexperten zu tun haben. Ob jemand in der Schule, im Gewerbe, im Spital oder im Sozialdienst arbeitet - wer seinen Mitmenschen mit einer lösungsorientierten Haltung gegenübertritt, kann viel in der Zusammenarbeit erreichen.

Diese Haltung macht es auch aus, dass die lösungsorientierten Beratungspersonen keine Grenze sehen, wenn triagiert werden muss. Sie kennen ihre berufsspezifischen Grenzen und geben das Expertentum für die Behandlung weiter, wenn eine zusätzliche Spezialistin oder ein Spezialist benötigt wird. Wird die Selbst- oder Fremdgefährdung zum Thema, übernimmt die Beratungsperson

kurzerhand das Expertentum für das Klientel, da sie dazu verpflichtet ist, Unversehrtheit und Leben zu erhalten. Wie diese Forschung aufgezeigt hat, sind auch in diesen Fällen trotzdem eine lösungsorientierte Haltung und der Respekt gegenüber der betroffenen Person oder der Familie notwendig.

Eine gelingende Zusammenarbeit in der Beratung kann schwierig sein. Gerade bei psychisch belasteten Familien, die vielleicht zur Beratung geschickt werden, sind je nach Situation keine Energie oder kein Wille vorhanden, an ihrer Situation etwas zu ändern. Dann zeigen sich während der Beratung keine Veränderungen oder die Beratung und Hilfestellung wird gar boykottiert. Dies kann darauf hinweisen, dass die Familie noch nicht für eine Veränderung bereit ist. Die Kosten für die Veränderung erscheinen ihnen im Moment noch zu hoch. Auch hier betonen die Expertinnen und Experten, kann die Beratungsperson wertschätzend auftreten und akzeptieren, dass jede Person die eigene Expertin oder der eigene Experte seines Lebens ist und dass diese guten Gründe haben, wieso im Moment eine Veränderung nicht möglich ist.

## 6.2 Beantwortung der Forschungsfrage

Die Frage nach spezifischen Anpassungen der lösungsorientierten Familienberatung, wenn ein Elternteil psychisch krank ist, lässt sich nicht mit einer einfachen kausalen Erklärung beantworten. Klar herauskristallisiert hat sich, dass nicht die psychische Krankheit, definiert nach ICD-10, ausschlaggebend ist, sondern deren Auswirkungen im Familienalltag. Letztlich beeinflussen diese das gesamte System. Obwohl sich die Herangehensweise der lösungsorientierten Familienberatung mit einem psychisch erkrankten Elternteil, nicht von der lösungsorientierten Familienberatung, in denen alle psychisch gesund sind, unterscheidet, hat sich im Rahmen dieser Forschungsarbeit ein Merkmal klar gezeigt: Nimmt die Beraterin oder der Berater eine Dysfunktion der psychischen Grundfunktionen wahr, schaltet sich automatisch das Fachwissen hinzu und die Hypothesenbildung wird in Gang gesetzt. Wichtig ist, dass alle Expertinnen und Experten unisono betonen, dass es sich bei der Hypothese nicht um die Wahrheit, sondern um eine Etikette oder einen Rahmen handelt. Das Expertentum liegt bei den Klientinnen und Klienten, die beratende Person ist die Unwissende. Als äusserst wertvoll wird die Hypothesenbildung von den Expertinnen und Experten trotzdem geschildert, weil dadurch die relevanten Fragen gestellt werden können. Es wird gemeinsam eruiert, wie sich die Dysfunktion der psychischen Grundfunktion im Alltag auswirkt. Das Hauptmerkmal liegt aber vor allem auf dem Aspekt, gemeinsam mit dem Familiensystem Lösungen für einen gelingenderen Familienalltag zu erarbeiten. Dabei werden die Grundannahmen der

lösungsorientierten Methode stets beibehalten, zum Beispiel der positive Fokus oder dass alle Menschen über Ressourcen verfügen. Die Fragetechniken allerdings werden stark an den psychisch kranken Elternteil angepasst. So setzt beispielsweise die Wunderfrage ein hohes Mass an kognitiver Leistung voraus und wird häufig durch einfachere Fragen ersetzt.

## 7. Fazit, Praxisbezug

Im Abschlusskapitel ziehen die beiden Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit Schlussfolgerungen und beantworten damit die Praxisfrage: „Welche Schlüsse lassen sich für die Sozialarbeit in der lösungsorientierten Familienberatung ableiten, wenn ein Elternteil psychisch krank ist?“. Da diese ihre persönliche Ansicht widerspiegeln, wird im Folgenden in der «Wir-Form» geschrieben.

Die Schlussfolgerungen legen wir mit Hilfe des Berufskodexes der Sozialen Arbeit Schweiz dar. Dabei beschränken wir uns auf das Berufsfeld der Sozialarbeit und erläutern, welche Konsequenzen unsere Forschung für die Professionellen der Sozialarbeit haben könnte. Worauf geachtet werden soll, ist genauso Thema dieses Kapitels wie die Herausforderungen in der Beratung von belasteten Familien. Zum Schluss formulieren wir in einem kurzen Ausblick, wie die Forschung vertieft und erweitert werden kann.

### 7.1 Schlussfolgerungen für Sozialarbeit und Beantwortung der Praxisfrage

Ein Ergebnis unserer Forschungsarbeit ist die Erkenntnis, dass von den Expertinnen und Experten nicht die Diagnose als relevant erachtet wird, um in der lösungsorientierten Familienberatung einen Veränderungsprozess zu begleiten, wenn ein Elternteil psychisch krank ist. Vielmehr interessiert, wie sich die Diagnose im Alltag zeigt, wie die Symptomatik ist und welche Probleme sich daraus in der Alltagsbewältigung für die Familie ergeben. Dabei wird von allen Expertinnen und Experten unisono betont, wie elementar das Fachwissen über die psychischen Krankheiten ist.

Im Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz (2010) findet sich unter den Handlungsmaximen bezüglich der Arbeit mit Klientinnen und Klienten die Aufforderung, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit nur fachlich adäquate und ethisch begründete Anforderungen an ihre Klientel stellen (S. 12). Dies

bestärkt uns in der Schlussfolgerung, dass das Fachwissen, im konkreten Fall über die psychischen Krankheiten und dessen Auswirkungen auf das ganze Familiensystem, sehr wichtig ist. Dieses Fachwissen hilft der Beratungsperson nicht nur adäquate Anforderungen zu stellen, sondern auch Symptome der verschiedenen Funktionsbereiche, wie beispielsweise in der Wahrnehmung oder dem Affekt, besser einordnen zu können. Unsere Forschung hat gezeigt, dass die Expertinnen und Experten immer wieder auf dieses Fachwissen zurückgreifen. Das angeeignete Fachwissen muss auf wissenschaftlichen Grundlagen fundieren. Zusätzlich wird dieses mit dem Erfahrungswissen ergänzt, welches sich im Bereich der Familienberatung mit einem psychisch kranken Elternteil angesammelt hat. Gleichzeitig darf dabei der interdisziplinäre Blickwinkel nicht verloren gehen.

Als Schlussfolgerung betonen wir nicht nur die Wichtigkeit, das Grundwissen über psychische Krankheiten zu haben, welches sich aus dem Grundstudium der Sozialen Arbeit oder danach in Weiterbildungen angesammelt hat. Als genauso bedeutend erachten wir, dieses Grundwissen regelmässig aufzufrischen, zum Beispiel an interdisziplinären Fachkursen. Nur so lässt sich sicherstellen, wissenschaftlich auf dem neusten Stand zu arbeiten. Der Vierwaldstätter-Psychiatrietag, der im Januar 2019 bereits zum 19. Mal erfolgreich von der Luzerner Psychiatrie durchgeführt wurde, bietet zum Beispiel eine gute Gelegenheit, das Fachwissen zu erneuern. An dieser Fachtagung werden jeweils Referate zu aktuellen Themen aus der Psychiatrie von äusserst kompetenten Fachpersonen aus dem In- und Ausland gehalten. Anschliessend ergibt sich die Möglichkeit, sich interdisziplinär auszutauschen und zu vernetzen. Neben den Professionellen der Sozialen Arbeit nehmen an diesem Anlass unter anderem auch Professionelle aus der Ergotherapie, Psychologie und natürlich der Psychiatrie teil.

Interdisziplinär vernetzt zu sein bedeutet auch, sich Kontaktmöglichkeiten zu sichern. Diese können eine grosse Hilfe sein, um bei Wissenslücken und offenen Fragen, die sich aus dem Alltag mit psychisch kranken Menschen stellen, weiterzukommen. Selbstverständlich hilft dabei auch die entsprechende Fachliteratur.

Diese Forschung hat aufgezeigt, dass das Triagieren ein Teil der lösungsorientierten Familienberatung ist. Die Beratungsperson muss neben dem Fachwissen über psychische Krankheiten auch die Angebote zum Thema Psychiatrie kennen. So sollte beispielsweise das Angebot des Schulpsychologischen Dienstes oder die Gemeindeintegrierte Akutbehandlung der Stadt Luzern (GiA) genauso bekannt sein, wie die Art und Weise, wie ein Notfallpsychiater oder eine Notfallpsychiaterin bei einer akuten Gefährdung aufgeboden werden kann.

Da das Gebiet der Psychiatrie sehr vielfältig und komplex ist, besteht die Gefahr, sich darin zu verlieren. Es stellt sich also die Herausforderung, die richtige Balance zu finden zwischen dem eigenen Wissen und dem Anerkennen der eigenen Grenzen, in denen triagiert werden muss.

Wir sind nach unserer Forschungsarbeit überzeugt, dass die lösungsorientierte Beratung ein sehr guter Ansatz ist, mit belasteten Familien zu arbeiten. Gemäss den Expertinnen und Experten kann die Familie als grosse Stütze und Ressource genutzt werden, wenn der Zusammenhalt und der gemeinsame Wunsch nach Veränderung gross ist.

Ein Grundsatz der Sozialen Arbeit ist das gegenseitige unterstützende Einwirken der Menschen auf die anderen Menschen ihrer sozialen Umfeld. Aus unserer Sicht werden hier unter anderem, die Mitglieder einer Familie angesprochen. Sie sind nicht nur Umfeld, sondern in vielen Situationen auch Einheit. Diese soll dahingehend gestärkt werden, dass sich alle Familienmitglieder wohl, geborgen und selbstwirksam fühlen können. Wenn eine solche Möglichkeit bei belasteten Familien angezeigt ist, kann die lösungsorientierte Familienberatung dabei helfen, die Ressourcen innerhalb des Systems zu erschliessen. Mit ihr haben die Familien die Möglichkeit, aktiv am Prozess mitzuarbeiten und zu entscheiden, in welche Richtung der Weg geht. Diesen individuellen Prozess begleiten die Professionellen der Sozialarbeit durch reflektierte und zugleich kontrollierte, empathische Zuwendung. Sie beraten belastete Familien präventiv, damit sie gemeinsam funktionieren und den Alltag bewältigen können. Die Gefahr, dass die Familie auseinanderbricht und die Soziale Arbeit deswegen in anderen Kontexten involviert werden muss, wird mit dieser Intervention, unserer Meinung nach um einiges geringer.

Gemeinsam finden die Sozialarbeitenden mit den Familien Lösungen, damit ein gelingendes Zusammenleben möglich ist. Dies erfordert jedoch ein hohes Mass an Beratungskompetenzen. Oft stellt die Situation eine grosse Herausforderung dar. Es geht um die gleichzeitige Beratung und Begleitung von:

- einem Elternteil, der psychisch krank ist
- einem gesunden Elternteil, der durch die Situation ebenfalls enorm belastet ist
- ein oder mehrerer Kinder, welche in dieser Konstellation die Schwächsten sind

So braucht es von Seiten der Beratungsperson eine professionelle Offenheit, um die individuelle Problematik der Familie genau zu erfassen und gemeinsam Lösungen zu erarbeiten. Neben der Offenheit muss die Beratungsperson auch Wissen erworben haben, wie eine Kleingruppe optimal beraten wird. Bei Familien muss zum Beispiel das Beratungsniveau, je nach Familienmitglied, stark angepasst werden. Die Sicherstellung aller Anliegen und dass sie ernstgenommen und bearbeitet werden, gehören zu den Herausforderungen für die Sozialarbeitenden. Auch hier möchten wir betonen, dass sich eine methodische Ausbildung, sowie Weiterbildungen zum lösungsorientierten Ansatz für beratende Sozialarbeitende lohnen. Unter anderem bieten die HSLU – Soziale Arbeit sowie das WILOP in Lenzburg verschiedene Aus- und Weiterbildungen dazu an.

Genauso wichtig wie der Familienzusammenhalt, ist jedoch auch die Stärkung jedes einzelnen Familienmitgliedes. Jede Person muss nicht nur innerhalb der Familie funktionieren, sondern auch in der Gesellschaft, wo diverse Rollen in unterschiedlichen Kontexten wahrgenommen werden müssen. Bei der Beratung von Familien muss deshalb auch immer daran gedacht werden, welche Konsequenzen eine Änderung auf die anderen Lebenswelten der jeweiligen Person haben. Werden diese in die Beratung miteinbezogen, kann sichergestellt werden, dass eine Verbesserung an einem Ort nicht unbedingt eine Verschlechterung an einem anderen Ort bedeutet. Letztlich ist es eine Aufgabe der Sozialen Arbeit, Veränderungen zu fördern und die Menschen so zu begleiten, dass sie in jedem Feld sicher und eigenständig agieren können.

Die nächste Schlussfolgerung, welchen wir für die Sozialarbeit ziehen, ist das adäquate und sinnvolle Anwenden und Kombinieren verschiedener Methoden. Obwohl in dieser Forschung ausschliesslich die lösungsorientierte Methode genauer unter die Lupe genommen wurde, zeigte sich bei fast allen Expertinnen und Experten, dass sie sich neben dem lösungsorientierten Ansatz in einer grossen Selbstverständlichkeit auch an anderen Methoden bedienen. So wird zum Beispiel mehrmals die Hypothesenbildung erwähnt.

Jede Beratungsperson hat ihre Vorlieben und ihre Steckenpferde. Wie auch die Klientel, ist die lösungsorientierte Beratungsperson individuell und unterscheidet sich von ihren Berufskolleginnen und -kollegen. Welche beraterischen Instrumente sie verwendet, ist aus unserer Sicht nicht entscheidend. Im Berufskodex der Sozialen Arbeit Schweiz (2010) steht, dass die Professionellen ihr methodisches Handeln einer steten fachlichen und moralischen Qualitätskontrolle unterziehen. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen zur Entwicklung des Professionswissens dienen (S. 11). Aus diesem Grund sind wir der Ansicht, dass die Benutzung von verschiedenen Techniken und Methoden genauso zielführend sein kann, wie das Einhalten des rein lösungsorientierten Ansatzes. Gerade bei der Arbeit mit Familien können verschiedene Techniken mit Gestaltungsmöglichkeiten, Spielen oder Puppenspielen kombiniert werden. Man soll kreativ und lustvoll mit den Methoden umgehen. Wichtig ist es, die Arbeitsweise der Klientel anzupassen, sie nicht über- aber auch nicht zu unterfordern.

Mit Hilfe dieser Forschung sind wir zum Schluss gekommen, dass die lösungsorientierten Grundannahmen und die Haltungen dahinter für eine gute, gelingende Arbeitsbeziehung der richtige Ansatz sind. Die Instrumente können universal gebraucht werden. Was aus unserer Sicht entscheidend ist, ist die Art und Weise, wie mit Menschen gesprochen wird. Welche Haltung ihnen gegenüber eingenommen wird und welchen Respekt ihnen entgegengebracht wird. Wenn die Sozialarbeitenden grundsätzlich das Expertentum bei der Klientel belassen und sie ihr Professionswissen auf den Prozess übertragen, sind sie aus unserer Sicht auf dem richtigen Weg. Hier

gibt uns auch der Berufskodex der Sozialen Arbeit Schweiz (2010) mit den Grundsätzen der Gleichbehandlung, Selbstbestimmung, Partizipation und der Ermächtigung eine gute Leitlinie (S. 8-9). Die Menschenwürde muss gerade bei belasteten Familien bewahrt werden. Wir sind überzeugt, dass die lösungsorientierten Annahmen mit den oben genannten Grundsätzen sehr gut miteinander verknüpfbar sind. Die Sozialarbeitenden sollen sich aus diesem Grund regelmässig Zeit nehmen, den Berufskodex und die Grundannahmen der Lösungsorientierung zu konsultieren und sie in ihre Reflexionen einzubauen.

Die letzte Schlussfolgerung, welche wir aus dieser Forschungsarbeit ziehen, lässt sich am besten aus einem etwas distanzierten Blickwinkel zu folgender Situation nachvollziehen. Es findet eine lösungsorientierte Familienberatung mit einem psychisch kranken Elternteil statt. Probleme stehen im Raum, die gelöst werden wollen. Jedes Mitglied ist Teil des gesamten Familiensystems, bewegt sich aber gleichzeitig auch in der eigenen Lebenswelt. Neben der Herausforderung, alle Beteiligten einzubeziehen, ist die Professionelle der Sozialen Arbeit, welche die Beratung durchführt, auch mit dem lösungsorientierten Ansatz und dem Fachgebiet der Psychiatrie gefordert. Obwohl wir aus den Interviews dieser Forschung ein Bild bekommen haben, in denen sich die Expertinnen und Experten sehr gewissenhaft und trotzdem leichtfüssig und agil in diesen Beratungssettings bewegen, erscheint uns die oben beschriebene Situation hochkomplex und in ihrer Vielschichtigkeit sehr herausfordernd.

Dem kann man entgegen, dass Tätigkeiten in der Sozialen Arbeit selten einfach und banal sind. Jede Expertin und jeder Experte nimmt diese Herausforderung auf ihre eigene, individuelle Weise wahr. Gerade weil hochkomplexe Situationen zur Tagesordnung in der Sozialen Arbeit gehören, erscheint es uns enorm wichtig, die eigene Psychohygiene im Auge zu behalten. Ein persönlicher Ausgleich, sei es in der Natur oder mit wertvollen Begegnungen, ist unseres Erachtens genauso wichtig, wie die professionelle Reflexion. Der Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz (2010) hat unter dem Kapitel „Handlungsmaximen bezüglich der eigenen Person“ einige Punkte dem Thema Psychohygiene gewidmet. Darin enthalten ist die Aufforderung, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit stets den Wert und die Würde ihrer eigenen Person respektieren, ihre Aufmerksamkeit den eigenen Ressourcen und Grenzen widmen, bei Bedarf auch für sich selbst Beratung und Hilfe in Anspruch nehmen und kontinuierlich Intervention, Supervision, Coaching und Fortbildung nutzen sollen (S. 11). Die eigenen Schwächen anzuerkennen ist ein wichtiger Teil der Psychohygiene. Um diese anzugehen, braucht es aber auch einen vertrauensvollen Ort oder ein Gefäss, wo ich darüber sprechen kann. Einen solchen Ort oder eine solche Person zu haben, empfehlen wir jeder Professionellen der Sozialen Arbeit.

Jede Beratungsperson hat ihre Vorlieben mit unterschiedlichem Wissensstand und Erfahrungen. Dies lässt vermuten, dass es nicht nur den einen richtigen Weg gibt, Familien zu beraten, sondern

mehrere erfolgreiche Wege. Wenn dadurch die persönlichen Stärken und Ressourcen der Beratungsperson umso mehr zum Zuge kommen, bedeutet dies ein Gewinn für alle.

## 7.2 Ausblick

In dieser Bachelorarbeit wurde erforscht, inwiefern die lösungsorientierte Familienberatung angepasst werden muss, wenn ein Elternteil psychisch krank ist. Dabei wurde die Beratung im Zwangskontext, wenn die Kontrollfunktion stark im Vordergrund steht, ausgeklammert. Wir haben uns jedoch immer wieder die Frage gestellt, ob und in welcher Weise der lösungsorientierte Ansatz auch angewendet werden kann, wenn die Kontrollfunktion in der Familienberatung ebenfalls im Fokus steht. Kann die Grundhaltung der lösungsorientierten Beratung beibehalten werden? Gibt es Fragetechniken, die nicht mehr angewendet werden? Dies sind offene Fragen welche spannend wären, in einer Forschung zu beantworten.

In eine etwas andere Richtung geht die folgende offene Frage: Wie im vorangehenden Kapitel erläutert wurde, ist eines der wichtigsten Erkenntnisse für die Soziale Arbeit, dass die Professionellen sich in einem hochkomplexen Berufsfeld befinden. Um sich darin professionell bewegen zu können, braucht es hohe Kompetenzen. Wie schaffen es die Beratungspersonen, sich so agil und selbstverständlich, zum Beispiel in der Familienberatung, zu bewegen und gleichzeitig das hochprofessionelle Niveau zu halten? Was sind hinderliche Faktoren, welche die eigene Person betrifft und welches sind die Ressourcen? Und was braucht es, um die Belastungsfaktoren zu reduzieren? Dies sind aus unserer Sicht wichtige Themen, um den Diskurs und das Berufsfeld der Sozialen Arbeit weiter zu bringen, aber auch um die Gesundheit der Professionellen zu erhalten.



## 8. Literaturverzeichnis

- Amelang, Manfred & Schmidt-Atzert, Lothar (2006). *Psychologische Diagnostik und Intervention*. (4. Aufl.) Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Arolt, Volker, Reimer, Christian & Dilling, Horst (2011). *Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie* (7. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer
- Avenier Social (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Avenier Social.
- Bamberger, Günter G. (2010). *Lösungsorientierte Beratung. Praxishandbuch* (4., vollständig überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Berg, Insoo Kim (2002). *Familien – zusammenhalt(en). Ein kurz-therapeutisches und lösungsorientiertes Arbeitsbuch* (7. Aufl.). Dortmund: verlag modernes lenen.
- Bogner, Alexander, Litting, Beate & Menz, Wolfgang (2014). *Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung*. Wiesbaden: Springer Verlag.
- De Jong, Peter & Berg, Insoo Kim (2008). *Lösungen (er-)finden. Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie* (6., verbesserte und erweiterte Aufl.). Dortmund: verlag modernes lernen.
- De Shazer, Steve & Delon, Yvonne (2018). *Mehr als ein Wunder. Lösungsfokussierte Kurztherapie heute* (6. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer Verlag GmbH.
- Dresing, Thorsten & Pehl, Thorsten (2018). *Interview, Transkription & Analyse. Anleitung und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Aufl.). Marburg: Eigenverlag.
- Duden (2007). *Wörterbuch medizinischer Fachbegriffe* (8., überarb. Aufl.). Mannheim: Dudenverlag.
- Eidgenössisches Departement des Inneren [EDI] (ohne Datum). *Übereinkommen der UNO über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Gefunden unter <https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/fachstellen/ebgb/recht/international0/uebereinkommen-der-uno-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinde.html>
- Engelke, Ernst, Borrmann, Stefan & Spatscheck, Christian (2018). *Theorien der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (7., überarb. und erw. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Erler, Michael (2011). *Systemische Familienarbeit. Eine Einführung* (2., überarb. Aufl.) Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Euteneuer, Matthias, Sabla, Kim-Patrick & Uhlendorff, Uwe (2015). Familienpolitik, Soziale Arbeit mit Familien und Familienbildung. In Hans-Uwe Otto & Hans Thiersch (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit* (6., überarb. Aufl., S.394-395). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Flick, Uwe (2009). *Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studienabgänge*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flick, Uwe (1991). *Handbuch qualitative Sozialforschung*. München: Psychologie Verlags Union.
- Hafen, Martin (2014). *Mythologie der Gesundheit* (3. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.

- Heinz, Andreas (2016). *Psychische Gesundheit. Begriffe und Konzepte* (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Hell, Daniel, Endrass, Jérôme & Vontobel, Jürg (2003). *Kurzes Lehrbuch der Psychiatrie. Das Basiswissen mit Repetitionsfragen*. Bern: Hans Huber
- Husi, Gregor & Villiger, Simone (2012). *Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Soziokulturelle Animation. Theoretische Reflexion und Forschungsergebnisse zur Differenzierung Sozialer Arbeit*. Luzern: Interact Verlag.
- Jäger, Markus (2015). *Aktuelle psychiatrische Diagnostik. Ein Leitfaden für das tägliche Arbeiten mit ICD und DSM*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Kaiser, Robert (2014). *Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung*. Wiesbaden: Springer
- Lenz, Albert & Wiegand-Grefe, Silke (2017). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe Verlag.
- Marx, Rita (2011). *Familien und Familienleben. Grundlagewissen für Soziale Arbeit*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Mayer, Horst Otto (ohne Datum). *Interview und schriftliche Befragung* (2. Aufl.) München: Oldenbourg Verlag
- Menne, Klaus (2008). Erziehungs-, Ehe- und Familienberatung. In Karl August Chassé & Hans Jürgen von Wensierski (Hrsg.), *Praxisfelder der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (4., aktual. Aufl., S.136-137). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Metzger, Marius (2009). *Ziehung einer Stichprobe*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Meuser, Michael & Nagel, Ulrike (2003). Das ExpertInneninterview – Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In Barbara Friebertshäuser & Annedore Pregel (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (S. 481-488). Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Moser, Heinz (2003). *Instrumentenkoffer für die Praxisforschung. Eine Einführung*. Freiburg im Breisgau: Verlag Pestalozzianum, Lambertus-Verlag.
- Nussbaum, Martha C. (1999). *Gerechtigkeit oder das gute Leben. Gender Studies*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Pretis, Manfred & Dimova, Aleksandra (2010). *Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern*. (2. überarb. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Rössler, Christian (2012). Handlungsfeld Soziale Arbeit mit Familien. In Cornelia Kricheldorf, Martin Becker & Jürgen E. Schwab (Hrsg.), *Handlungsfeldorientierung in der Sozialen Arbeit* (S.65-70). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Schneewind, Klaus A. (2010). *Familienpsychologie* (3., überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Schuler, Daniela, Tuch, Alexandre, Buscher, Natalie & Camenzind, Paul (2016). *Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)*. Neuchâtel.

- Speck, Andreas & Steinhart, Ingmar (Hg.) Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg Vorpommern e.V., (2018). *Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und –Risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Steiner, Therese & Berg, Insoo Kim (2013). *Handbuch lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern* (6., unveränd. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer Verlag GmbH.
- Uhlendorff, Uwe, Euteneuer, Matthias & Kim-Patrick Sabla (2013). *Soziale Arbeit mit Familien*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Von Schlippe, Arist & Schweizer, Jochen (2013). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Von Schlippe, Arist & Schweitzer, Jochen (2016). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I. Das Grundwissen* (3., unveränd. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH.
- Walter, John L. und Peller, Jane E. (2004). *Lösungs-orientierte Kurztherapie. Ein Lehr- und Lernbuch* (6. Aufl.). Dortmund: verlag modernes lernen.
- Weber, Esther & Kunz, Daniel (2012). *Beratungsmethodik n der Sozialen Arbeit. Das Unterrichtskonzept der Beratungsmethodik an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit* (3., überar. Aufl.). Luzern: Interact Verlag.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO/World Health Organisation): Constitution oft he World Health Organisation. In: Official Records oft he World Health Organisation 2, 1946, S. 100.
- Wilms, Hans-Ulrich et al. (2005). *Hilfen für Partner psychisch Kranker. Ein Gruppenmanual für Angehörige chronisch psychisch kranker Menschen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.