

**Bachelorarbeit
Sozialarbeit
TZ 2015 – 2020**

Belinda Heldner

Soziale Arbeit und Salutogenese

Wie Menschen mit einer Depression in einer stationären Psychiatrie durch klinisch Sozialarbeitende mittels ressourcenorientierter Beratung und der Orientierung am Konzept des Kohärenzsинns unterstützt werden können

Diese Bachelor-Arbeit wurde im Juli 2020 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 Sozialarbeiter/innen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2020

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Der Titel vorliegender Arbeit lautet: *Soziale Arbeit und Salutogenese. Wie Menschen mit einer Depression in einer stationären Psychiatrie durch klinisch Sozialarbeitende mittels ressourcenorientierter Beratung und der Orientierung am Konzept des Kohärenzsинns unterstützt werden können.*

Die Arbeit wurde von Belinda Heldner mittels Literaturrecherche erstellt.

Die übergeordnete Fragestellung lautet: *Wie können Patient_innen mit einer Depression mittels ressourcenorientierter Beratung durch klinisch Sozialarbeitende und der Orientierung am Konzept des Kohärenzsинns unterstützt werden?* Um diese beantworten zu können werden vier Teilaspekte mittels einer leitenden Frage beleuchtet. Die Teilaspekte betreffen 1. übergeordnete Theorien und Konzepte, 2. Professionswissen, 3. störungsspezifisches Wissen und 4. Handlungswissen.

Als Ergebnis wird aufgezeigt, wie das Konzept des Kohärenzsинns als Orientierung dienen kann, die Verstehbarkeit, die Bedeutsamkeit und die Handhabbarkeit von Betroffenen zu stärken. Einerseits in Bezug auf ihre Lebenswelt, andererseits in Bezug auf das Beratungssetting. Zudem steht die Stärkung von Ressourcen auf vielfältige Weise im Vordergrund.

Schlussfolgern lässt sich daraus, dass das Konzept des Kohärenzsинns ein lohnenswerter Ansatz für Sozialarbeitende sein kann.

Danksagung

Ein besonderer Dank geht an Claudia Meier Magistretti, welche mir in Fachpoolgesprächen fundierte fachliche Rückmeldungen gegeben hat und wissenschaftlich auf dem neusten Stand ist. Zudem hat sie mich ermutigt, etwas Neues auszuprobieren, wofür ich sehr dankbar bin. Weiterhin bin ich Elke Brusa dankbar, dass sie mich mit ihrem grossen Wissensschatz bereichert hat. Vielen Dank an Ursula Leuthold, welche mich mit ihren Strukturierungshilfen und ihrer Erfahrung weiterbringen konnte.

Den Menschen aus meinem privaten Umfeld danke ich herzlich, dass sie mich geduldig ausgehalten haben. Die vorliegende Arbeit war während mehreren Monaten ein sehr vordergründiges Thema für mich. Ein grosses Dankeschön an Dominic und Lorene, welche das Meiste abgedeckt haben. Meine Eltern haben mich zudem sehr unterstützt, und Michèle, welche sich die Zeit genommen hat, mitzudenken.

Vielen Dank an die Lektorinnen und Lektoren, welche mit ihren wertvollen Feedbacks einen Beitrag an die Qualität der Arbeit geleistet haben.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	3
Danksagung	4
Inhaltsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	7
Abbildungsverzeichnis	7
1. Einleitung	8
1.1. Ausgangslage und Zielsetzung	8
1.2. Berufliche Relevanz und Zielgruppe	9
1.3. Persönliche Motivation	10
1.4. Fragestellung und Aufbau der Arbeit	11
2. Übergeordnete Theorien und Modelle	13
2.1. Bio-psycho-soziales Modell von George L. Engel	13
2.2. Stressmodell von Richard S. Lazarus	14
2.3. Salutogenese	17
2.3.1. Generalisierte Widerstandsressourcen	17
2.3.2. Kohärenzsinn	18
2.3.3. Salutogenese und Soziale Arbeit	23
2.4. Zentrale Erkenntnisse	24
2.5. Bezug zur Sozialen Arbeit	25
3. Klinische Sozialarbeit	26
3.1. Gegenstand und Stellenwert	26
3.2. Menschenbild	27
3.3. Aufgaben klinischer Sozialarbeit in der Psychiatrie	28
4. Störungsspezifisches Wissen	30
4.1. Affektive Störungen	30
4.2. Depressive Episode	31
5. Ein Fallbeispiel anhand des Wissen-Praxis-Transfermodells	34

5.1.	Situationseinschätzung	35
5.2.	Situationsanalyse	39
5.3.	Zielsetzung	42
5.4.	Handlungsplanung	45
5.4.1.	Übergeordnete Konzepte, Methoden und Haltung	46
5.4.2.	Spezifische Konzepte und Methoden	48
5.4.3.	Stärkung des Kohärenzsinn	49
5.5.	Intervention	59
5.6.	Herausforderungen	60
6.	Schlusswort	62
6.1.	Überprüfung der Fragestellung	62
6.2.	Persönliches Fazit	70
6.3.	Ausblick	71
	Literatur- und Quellenverzeichnis	72

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Affektive Störungen nach ICD-10 _____	31
Tabelle 2: Depressive Episoden nach ICD-10 _____	32
Tabelle 3: Belastungs- und Schutzfaktoren auf der biologischen Ebene zu Beginn der Beratung ____	40
Tabelle 4: Belastungs- und Schutzfaktoren auf der psychologischen Ebene _____	40
Tabelle 5: Belastungs- und Schutzfaktoren auf der sozialen Ebene _____	41
Tabelle 6: Ziele der ressourcenorientierten Beratung durch den klinikinternen Sozialdienst _____	45
Tabelle 7: Beispiel für die Visualisierung der unterschiedlichen Pole, welche gemeinsam mit der Ratsuchenden Person definiert werden _____	56
Tabelle 8: Beispiele für die Symbole, welche gemeinsam mit der ratsuchenden Person definiert werden, um sie auf dem Kontinuum oder den Kontinuen einzutragen _____	56

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: bio-psycho-soziales Modell _____	13
Abbildung 2: A: Die Sicht zwischen Belastungsereignis und Stress, die in den 1970er Jahren durch B erweitert wurde, indem die Moderator-Variablen einbezogen wurden _____	15
Abbildung 3: Visualisierung des Konzepts der generalisierten Widerstandsressourcen _____	18
Abbildung 4: externe Ressourcen, Kohärenzgefühl und Gesundheit _____	21
Abbildung 5: Originalabbildung Wissen-Praxis-Transfermodell _____	34

1. Einleitung

Sozialarbeitende haben in unterschiedlichen Settings mit Menschen zu tun, welche an einer Depression erkrankt sind. Für vorliegende Arbeit wird theoretisches Wissen, Professionswissen klinischer Sozialarbeit, störungsspezifisches Wissen und Handlungswissen vermittelt, welches in unterschiedlichen Settings verwendet werden kann. Vorliegende Arbeit orientiert sich am Beispiel einer depressiven Patientin in einer stationären Psychiatrie. Das Ziel ist es, herauszufinden, wie Sozialarbeitende einer stationären Psychiatrie mittels ressourcenorientierter Beratung und der Orientierung am Konzept des Kohärenzsinn Patient_innen mit einer Depression unterstützen können.

Das erste, einleitende Kapitel gibt einen Überblick über vorliegende Arbeit. Dazu werden die Ausgangslage und die Zielsetzung erläutert. Es folgen die berufliche Relevanz und die Zielgruppe vorliegender Arbeit sowie die persönliche Motivation. Anschliessend werden die Fragestellung und der Aufbau der Arbeit erläutert. Es gibt eine übergeordnete Fragestellung, welche mittels vier Teilaspekten beantwortet wird. Jeder Teilaspekt wird in einem separaten Kapitel bearbeitet.

Vorliegende Arbeit wird mittels Literaturrecherche erstellt. Um alle Geschlechter anzusprechen, nicht nur die binären, wird der Bodenstrich verwendet.

1.1. Ausgangslage und Zielsetzung

Im Jahr 2017 wurden in der Schweiz 54'753 Patient_innen in einer Psychiatrie oder psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses stationär behandelt (Daniela Schuler, Alexandre Tuch & Claudio Peter, 2019, S. 3). Dies entspricht 6,5 Personen pro 1000 Einwohner_innen (ebd.). Die häufigste Hauptdiagnosegruppe war mit 32,7% jene der affektiven Störungen (ebd.). In der Schweiz erkranken jährlich rund 7% der Bevölkerung erstmals oder wiederholt an einer unipolaren Depression (Niklas Baer, Daniela Schuler, Sylvie Füglistler-Dousse & Florence Moreau-Gruet, 2013, S. 10). Je 1-2% erkranken an einer bipolaren affektiven Störung oder einer Dysthimie. Die Lebenszeitprävalenz für affektive Störungen liegt bei 20% (ebd.).

Ziel vorliegender Arbeit ist es, Wissen aus Theorien ausserhalb der Sozialen Arbeit mit Professionswissen klinischer Sozialarbeit sowie mit störungsspezifischem Wissen und Handlungswissen zu verknüpfen. Sodass um Menschen mit einer Depression mittels ressourcenorientierter Beratung durch klinisch Sozialarbeitende und der Orientierung am Konzept des Kohärenzsinn unterstützt werden können.

Hierbei soll, nebst bestehenden und allgemein bekannten Methoden, ein spezieller Fokus auf die Stärkung des Kohärenzsинns gelegt werden, um das Denk- und Handlungsrepertoire von Sozialarbeitenden zu erweitern.

Als weiterer Nutzen vorliegender Arbeit kann angesehen werden, dass ein Beitrag geleistet wird zu der Legitimation klinischer Sozialarbeit im Behandlungsprozess von Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Weiter wird eine praxisorientierte und übersichtliche Zusammenfassung von relevanten Theorien, Methoden und Konzepten für Professionelle der Sozialen Arbeit im erwähnten Feld bereitgestellt. Zusätzlich zu den Inhalten, wie sie an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit vermittelt werden, wird diesbezüglich auch depressionsspezifisches Interventionswissen herangezogen und in die Fallarbeit integriert. Dieses Wissen kann ebenfalls von Sozialarbeitenden aus unterschiedlichen Settings für die jeweilige Berufspraxis genutzt werden.

Das übergeordnete Ziel ist es, das berufliche Handeln mittels theoretischem Wissen, Professionswissen, störungsspezifischem Wissen und Handlungswissen zu fundieren.

1.2. Berufliche Relevanz und Zielgruppe

In der Literatur wird die Entstehung psychischer Krankheiten mit dem bio-psycho-sozialen Modell von George L. Engel (1977, zit. in AAAS, 2020) erklärt (ebd.). Daraus geht hervor, dass sowohl biologische, psychologische als auch soziale Faktoren an der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Gesundheit respektive Krankheit beteiligt sind. Peter Sommerfeld, Regula Dällenbach, Cornelia Rüegger und Lea Hollenstein (2016) beschreiben soziale und psychische Probleme auf Dauer als gegenseitige Bedingung füreinander, welche sich gegenseitig stabilisieren (S. 97). Die klinische Sozialarbeit, welche unter anderem in stationären Psychiatrien tätig ist, hat nach Helmut Pauls (2013) die psycho-soziale Passung zwischen Patient_innen und deren Umwelt zum Gegenstand (S. 17). Damit wird die Relevanz klinischer Sozialarbeit im Behandlungskontext von Menschen mit einer psychischen Erkrankung theoretisch und praktisch verankert.

Aus dem Berufskodex von Avenir Social (2010) geht hervor, dass die Soziale Arbeit dort vermittelt, wo Menschen und ihre sozialen Umfeldler aufeinander einwirken (S. 8). Dazu stützt sie sich sowohl auf Theorien menschlichen Verhaltens als auch auf Theorien sozialer Systeme (ebd.).

Gemäss Pia Gabriel-Schärer und Claudia Meier Magistretti (2019) weisen etliche Konzepte der Sozialen Arbeit erhebliche Überschneidungen mit der Theorie der Salutogenese auf (S. 221). Die Praxis Sozialer Arbeit konzentriert sich vorwiegend auf die allgemeine Ressourcenförderung, worin das Konzept des

Kohärenzsinn zu einer Fokussierung beitragen könnte. Individuen und Gruppen könnten darin unterstützt werden, Lebenswelten als verstehbar, handhabbar und sinnhaft wahrzunehmen (ebd.). Diesbezüglich werden in vorliegender Arbeit konkrete Vorschläge gemacht. Dies kann das Repertoire an Denk- und Handlungsansätzen von Sozialarbeitenden auf verschiedenen Ebenen erweitern.

Vorliegende Arbeit richtet sich an alle Sozialarbeitenden, welche ihren Blick auf die Ressourcenförderung mittels des Konzepts des Kohärenzsinn erweitern möchten, und/oder mit depressiven Menschen zusammenarbeiten. Zudem richtet sie sich an Sozialarbeitende, welche im Behandlungskontext von Menschen mit einer psychischen Erkrankung arbeiten und sich gegenüber anderen Berufsgruppen positionieren wollen.

1.3. Persönliche Motivation

Die Autorin vorliegender Arbeit hat in ihrem einjährigen Praktikum in einer Psychiatrie viel über die Arbeit mit Menschen mit einer psychischen Erkrankung gelernt. Die Arbeit dort hat ihr sehr gut gefallen und bald wird sie wieder in einer Psychiatrie arbeiten.

Das Thema der Salutogenese begeisterte sie seit sie das erste Mal in der Berufsmatura davon gehört hat. In einem Modul an der Hochschule war es wieder Thema und sie hat gemerkt, dass die Begeisterung immer noch vorhanden ist. Daher lag es auf der Hand, die klinische Sozialarbeit mit der Salutogenese zu verbinden und sich vertieft damit auseinanderzusetzen.

1.4. Fragestellung und Aufbau der Arbeit

Vorliegende Arbeit orientiert sich an einer übergeordneten Fragestellung, welche mittels unterschiedlicher Zugänge beantwortet werden soll. Die Teilaspekte betreffen 1. übergeordnete Theorien und Konzepte, 2. Professionswissen, 3. störungsspezifisches Wissen und 4. Handlungswissen. Zu diesen drei Ansätzen gibt es jeweils eine Frage.

Die übergeordnete Fragestellung lautet:

- Wie können Patient_innen mit einer Depression mittels ressourcenorientierter Beratung durch klinisch Sozialarbeitende und der Orientierung am Konzept des Kohärenzsinn unterstützt werden?

Die Fragen zu den vier Teilaspekten lauten:

- Auf welche grundlegenden Theorien und Konzepte ausserhalb der Sozialen Arbeit kann Bezug genommen werden, um eine theoretische Rahmung zu erhalten für die Beratung durch Sozialarbeitende von Menschen mit einer Depression? (theoretisches Wissen)
- Was ist der Auftrag klinischer Sozialarbeit im spezifischen Feld der Beratung mit depressiven Patient_innen im Setting einer stationären Psychiatrie? (Professionswissen)
- Welches sind die Symptome einer Depression nach ICD-10? (Störungsspezifisches Wissen)
- Welche allgemeinen, depressions- respektive fallspezifischen Methoden und welche neuen Methoden und Instrumente der ressourcenorientierten Beratung können von Sozialarbeitenden angewendet werden, um die Lebensqualität der Patient_innen mit einer Depression zu steigern und ihren Kohärenzsinn zu stärken? (Handlungswissen)

Um den ersten Teilaspekt beantworten zu können, wird in Kapitel zwei Bezug genommen auf übergeordnete Theorien und Konzepte, ausserhalb der, jedoch mit Bezug zur Sozialen Arbeit im genannten Setting. Das bio-psycho-soziale Modell von George L. Engel wird vorgestellt und das Stressmodell von Richard S. Lazarus. Im Rahmen der Theorie der Salutogenese von Aaron Antonovsky wird das Konzept der generalisierten Widerstandsressourcen sowie jenes des Kohärenzsinn erläutert. Bezüge zur Sozialen Arbeit werden hergestellt und zentrale Erkenntnisse herausgearbeitet.

Der zweite Teilaspekt, das Professionswissen, wird in Kapitel drei beantwortet. Dazu wird der Gegenstand klinischer Sozialarbeit erläutert und Bezug auf deren Stellenwert genommen. Das Menschenbild sowie die Aufgaben klinischer Sozialarbeit in der Psychiatrie werden vorgestellt.

Im vierten Kapitel wird störungsspezifisches Wissen erläutert, welches im genannten Kontext hilfreich sein kann. Dazu wird auf das Störungsbild der affektiven Störungen sowie der Depression im Speziellen eingegangen und betroffene Lebensbereiche, welche für die Soziale Arbeit relevant sein können, erläutert.

Der vierte Teilaspekt, das Handlungswissen, wird in Kapitel fünf herausgearbeitet. Dazu wird ein Fallbeispiel anhand des Wissen-Praxis-Transfermodells von Gregor Husi in fünf Schritten behandelt. Im ersten Schritt wird die Situation eingeschätzt, im zweiten analysiert und im dritten Schritt auf die Zielsetzung eingegangen. Der vierte Schritt, die Handlungsplanung, erfolgt in einer weiteren Unterteilung. Als erstes werden übergeordnete Konzepte, Methoden und Haltungen von Sozialarbeitenden genannt, welche in allen möglichen Settings von Sozialarbeitenden Anwendung finden. Im zweiten Schritt wird depressions- respektive fallspezifisches Handlungswissen erläutert. Im dritten und letzten Schritt der Handlungsplanung werden Methoden und ein Instrument vorgestellt, welche von der Autorin entwickelt wurden und spezifisch für die Stärkung des Kohärenzsинns eingesetzt werden könnten. Zudem wird darauf eingegangen, wie auch das Beratungssetting an sich von der Orientierung am Konzept des Kohärenzsинns profitieren kann. Im Anschluss folgt der fünfte und letzte Teil im Wissen-Praxis Transfermodell, die Intervention. Danach wird auf Herausforderungen im Beratungssetting eingegangen.

Im sechsten Kapitel wird im Rahmen des Schlusswortes die Fragestellung überprüft und ein persönliches Fazit gezogen. Ein Ausblick rundet die Arbeit ab.

2. Übergeordnete Theorien und Modelle

In diesem Kapitel werden übergeordnete Theorien und Modelle erläutert, welche für vorliegende Arbeit relevant sind. Dazu wird als erstes das bio-psycho-soziale Modell von George L. Engel (1977, zit. in AAAS, 2020) erläutert, danach das Stressmodell von Richard S. Lazarus (1980) und abschliessend die Theorie der Salutogenese von Aaron Antonovsky (1987/1997). Dazu werden die Konzepte der generalisierten Widerstandsressourcen erläutert sowie jenes des Kohärenzsinns und Bezüge zur Sozialen Arbeit und der klinischen Sozialarbeit im Spezifischen werden hergestellt. Am Ende des Kapitels werden zentrale Erkenntnisse festgehalten und mit der Sozialen Arbeit verknüpft.

2.1. Bio-psycho-soziales Modell von George L. Engel

Das bio-psycho-soziale Modell wurde 1977 von George L. Engel auf den Seiten 129-136 im Englischen Magazin Science veröffentlicht (AAAS, 2020), und kann aufgrund seiner zahlreichen Replikationen als allgemein anerkannt angesehen werden (ebd.). Es erklärt die Ätiologie von Krankheiten, wie beispielsweise chronischen Rückenbeschwerden, Depressionen und anderen psychischen Krankheiten (Dieter Wälte, Michael Borg-Laufs, 2018, S. 98-99). Im Gegensatz zur ICD-10 Skala wird nicht nur das Individuum isoliert betrachtet, sondern überdies als Teil seiner Umwelt erfasst (ebd.).

In der Literatur finden sich grösstenteils drei sich leicht überlappende Kreise, wovon einer für die biologische, einer für die psychologische und einer für die soziale Ebene steht.

Abbildung 1 zeigt eine Darstellung des erwähnten Modells von Engel (1977 zit. in AAAS).

Bio-psycho-soziales Modell

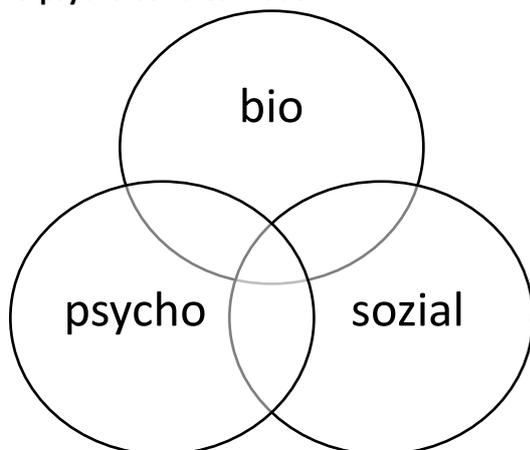


Abbildung 1: Bio-psycho-soziales Modell (Quelle: eigene Darstellung nach Engel 1977, zit. in AAAS 2020)

Gemäss Helmut Pauls (2013) beeinflussen sich alle drei Ebenen gegenseitig (S. 97-102). Aus dem Modell geht hervor, dass sowohl biologische, psychologische als auch soziale Faktoren eine Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Krankheiten resp. psychischer Gesundheit relevant sind (ebd.).

Interessant ist zudem, dass auch die Teams in psychiatrischen Kliniken multiprofessionell zusammengesetzt sind, um multifaktorielle Ursachen «mehrperspektivisch» behandeln zu können, merkt die Autorin an.

Ein negatives Ereignis kann laut Pauls (2013) Kummer oder andere starke Gefühle auslösen, welche von Betroffenen unterschiedlich bewertet und verarbeitet werden können (S. 75). Einige erholen sich leichter von belastenden Ereignissen oder empfinden diese gar als weniger belastend. Für andere hingegen können solche negativen Ereignisse langfristig ernsthafte oder gar chronifizierte Beschwerden mit sich bringen (ebd.). Daraus geht bereits hervor, dass die individuelle Bewertung eine Rolle spielt. Dieser Umstand wird unter anderem von Richard S. Lazarus untersucht und im Folgenden vorgestellt.

2.2. Stressmodell von Richard S. Lazarus

Richard S. Lazarus entwickelt 1966 eine Theorie zu Stress und Stressbewältigung. Helmut Pauls (2013, S. 76) fasst sein **Stressmodell** zusammen, und stellt es der bis dahin vorherrschenden Sicht gegenüber (siehe Abbildung 2). Das Stressmodell von Lazarus zeichnet sich dadurch aus, dass «Moderator-Variablen» miteinbezogen werden. Damit sind Bewältigungsstrategien und Ressourcen gemeint, welche dazu führen, dass Belastungsereignisse individuell verarbeitet werden und zu unterschiedlichen «Ergebnissen» führen (ebd.). Daraus geht hervor, dass unterschiedliche Bewältigungskompetenzen und Ressourcen eine Rolle spielen.

A: Die Sicht zwischen Belastungsereignis und Stress, die in den 1970er Jahren durch B erweitert wurde, indem die Moderator-Variablen einbezogen wurden

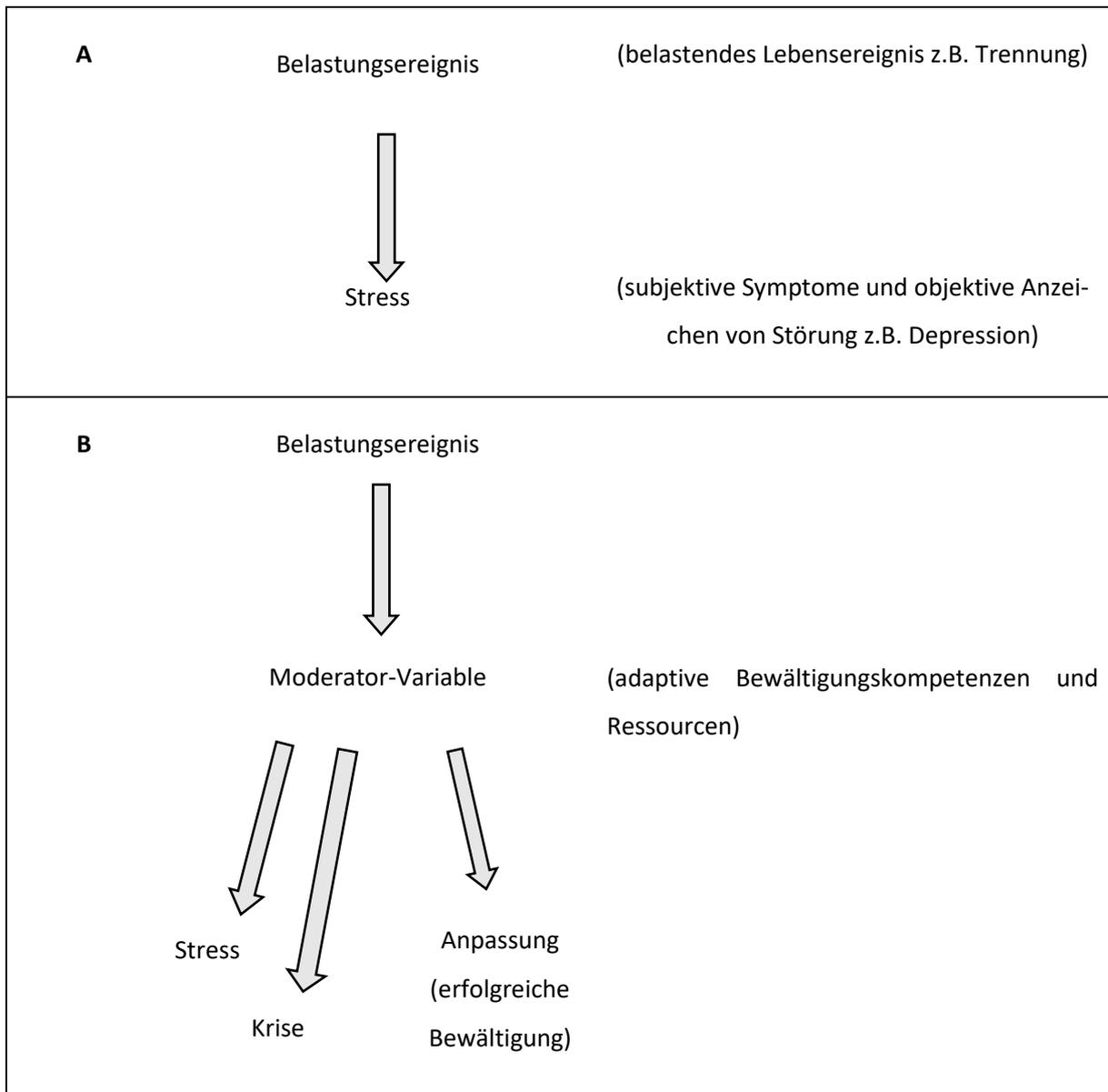


Abbildung 2: A: Die Sicht zwischen Belastungsereignis und Stress, die in den 1970er Jahren durch B erweitert wurde, indem die Moderator-Variablen einbezogen wurden (Quelle: leicht modifiziert nach Pauls, 2013, S. 76)

Stress beinhaltet nach Richard S. Lazarus und Raymond Launier (1980) die Beziehung zwischen einer Person und ihrer jeweiligen Umwelt (S. 213). Das bedeutet, Stress ereignet sich nicht nur im Individuum oder nur in der Umwelt, sondern in der Beziehung zwischen Person und Umwelt. Weiter beschreiben sie die drei wesentlichen stressrelevanten Beziehungen (S. 214). Nämlich: **Schädigung/Verlust, Bedrohung** und **Herausforderung**, welche je nach Bedarf weiter differenzierbar sind. Eine Anforderung ist dadurch gekennzeichnet, dass deren Neutralisierung oder Begegnung notwendig ist, um schädlichen Konsequenzen zu entgehen. Eine Bedrohung kann sich beispielsweise dann ergeben, wenn eine Anforderung von einer Person als grösser eingeschätzt wird als die scheinbar vorhandenen Fähigkeiten. Es geht demnach um ein Gleichgewicht zwischen der Gewichtung von Anforderungen und Fähigkeiten (ebd.).

Es wird ersichtlich, dass es nicht nur um eine Person oder eine Situation geht, sondern darum, wie letztere von ersterer eingeschätzt resp. bewertet wird. Lazarus und Launier (1980, S. 233) unterscheiden hierzu die primäre von der sekundären Bewertung. Bei der primären Bewertung geht es um das Einordnen, *welche Bedeutung ein Ereignis für das Wohlbefinden* der Person hat. Entweder kann ein Ereignis als (1) irrelevant, (2) günstig/positiv oder (3) stressend betrachtet werden. Bei der sekundären Bewertung geht es um die *Bewertung der Bewältigungsfähigkeiten und -möglichkeiten* (S. 238). Die primäre und die sekundäre Bewertung beeinflussen sich gegenseitig. **Weiss eine Person, dass sie im Stande ist, eine potenzielle Gefahr zu überwinden, so erscheint es zweifelhaft, ob die Gefahr noch als solche angesehen wird.** Zudem führt das Wissen um eine Gefahr in der Regel zu einer Einschätzung dessen, oder einer Suche nach Informationen darüber, was getan oder nicht getan werden kann (S.238). Lazarus und Launier (1980) gehen davon aus, dass die jeweiligen Bewältigungsprozesse noch wichtiger für Lebensmoral, soziale Anpassung und Gesundheit/Krankheit sind als die Schwere und Häufigkeit von Stressepisoden selbst (S. 241). Dies wiederum erinnert an die Ausgangslage der von Aaron Antonovsky befragten Frauen, welche ihre Erfahrungen im Konzentrationslager offenbar auf unterschiedliche Weise verarbeiten konnten. Auf seine Theorie der Salutogenese wird im folgenden Abschnitt eingegangen.

2.3. Salutogenese

Salus kommt aus dem Lateinischen und bedeutet Gesundheit, *Genese* kommt aus dem Griechischen und bedeutet Entstehung. Es geht also um den «Ursprung der Gesundheit» (Bengt Lindström & Monica Eriksson, 2019, S. 37). Die Salutogenese kann komplementär zur Pathogenese verstanden werden. Gemäss Aaron Antonovsky (1987/1997) befasst sich die Salutogenese mit Fragen der Gesundheit, respektive, mit Fragen, wie eine Person ihre Position auf dem Gesundheits-Krankheitskontinuum beibehalten kann oder näher an den Pol der Gesundheit gelangt (S. 29-30).

Antonovsky (1987/1997) war ein israelisch-amerikanischer Medizinsoziologe, welcher 1970 im Rahmen eines Forschungsprojektes eher zufällig darauf aufmerksam wurde, dass manche Frauen trotz ihrer Inhaftierung in einem Konzentrationslager im Vergleich zu anderen Betroffenen über eine «angemessene» psychische und physische Gesundheit verfügten (ebd., S. 14). Dies beeindruckte Antonovsky derart, dass er sich von da an mit der Frage beschäftigte, was diese Frauen genesen liess. 1979 veröffentlicht er sein salutogenetisches Modell in *Health, Stress and Coping* (ebd.).

Antonovsky (1987/1997) verwendet die Metapher eines Flusses, welcher das Leben symbolisiert.

Niemand geht sicher am Ufer entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, dass ein Grossteil des Flusses sowohl im wörtlichen als auch im übertragenen Sinn verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluss die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Meine Arbeit ist die Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: 'wie wird man, wo immer man sich in dem Fluss befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?' (S. 92)

Was macht jemanden zu einem «guten Schwimmer», einer «guten Schwimmerin»? Antonovsky (1987/1997) formuliert für die Beantwortung dieser Frage zwei zentrale Konzepte. Er betont den Einfluss von Schutz- und Risikofaktoren und formuliert zudem das Konzept des Kohärenzsinnns. Darauf wird im Folgenden eingegangen.

2.3.1. Generalisierte Widerstandsressourcen

Bengt Lindström und Monica Eriksson (2019) beschreiben, basierend auf den Überlegungen Antonovskys von 1979, das heutige Verständnis der Generalisierten Widerstandsressourcen (S. 39–40). Sie sind die Voraussetzungen für die Entwicklung des Kohärenzsinnns. Generalisierte Widerstandsressourcen lassen sich innerhalb sowie ausserhalb einer Person finden (ebd.). Mindestens vier der generalisierten Widerstandsressourcen müssen verfügbar sein, um die Entwicklung eines starken Kohärenzsinnns zu

unterstützen. 1. sinnvolle Aktivitäten, 2. die gedankliche Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen, 3. der Kontakt mit den eigenen, inneren Gefühlen und 4. soziale Beziehungen. Es existieren jedoch weitere, generalisierte Widerstandsressourcen, welche für einen starken Kohärenzsinn zuträglich sind. Folgende Darstellung gibt einen Überblick (siehe Abbildung 3).

Generalisierte Widerstandsressourcen sind:

- | | | |
|---|---------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • physiologische • biochemische • materielle • kognitive • emotionale • werte- und einstellungsbezogene • interpersonale • makrokulturelle | Charakteristika von | <ul style="list-style-type: none"> • Individuen • Gruppen • Subkulturen • Gesellschaften |
|---|---------------------|--|

...welche bewirken, dass Stressoren vermieden oder bekämpft werden können und so verhindern, dass aus Spannung Stress entsteht.

Abbildung 3: Visualisierung des Konzepts der generalisierten Widerstandsressourcen. (Quelle: Aaron Antonovsky, 1979, S. 103, sowie leicht modifiziert nach Bengt Lindström, 2019, S. 40)

Lindström und Eriksson (2019) zählen «Geld, Wohnung, Selbstachtung, Wissen, Vererbung, Gesundheitsorientierung, Kontakt mit inneren Gefühlen, soziale Beziehungen, existenzielle Fragen, Überzeugungen, Religion und Lebenssinn» als Beispiele generalisierter Widerstandsressourcen auf (S. 40).

In der Sozialen Arbeit findet der Ressourcenbegriff nach Silvia Staub-Bernasconi (2007) unter anderem Verwendung als Oberbegriff, für alle wirtschaftlich-materiellen, personellen, und ideell-kulturellen Hilfsquellen, Dienstleistungen, infrastrukturellen Einrichtungen, welche in der Sozialen Arbeit zur Verfügung stehen oder durch sie zugänglich gemacht werden können (S. 298). Zudem steht dieser Oberbegriff für alles, was Adressat_innen Sozialer Arbeit in den jeweiligen Lern- und Hilfsprozess an eigenen Kompetenzen, Fähigkeiten, Stärken sowie ideellen und materiellen Beiträgen einbringen (ebd.).

In vorliegender Arbeit wird der Begriff „Ressource“ verwendet.

2.3.2. Kohärenzsinn

Der *Kohärenzsinn* ist ein zentrales Konzept der Salutogenese. Er gibt inneres Vertrauen, Zuversicht sowie die Fähigkeit, interne und externe Ressourcen nutzbar zu machen und in gesundheitsfördernder Weise einzusetzen (Lindström & Eriksson, 2019, S. 38).

Der Kohärenzsinn umfasst drei Ebenen. Er ermöglicht es Menschen, welche über einen starken Kohärenzsinn verfügen, ihre Umgebung und das Leben allgemein als **sinnvoll, verstehbar** und **handhabbar** wahrzunehmen. Antonovsky (1987/1997) definiert den Kohärenzsinn wie folgt:

(...) eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmass man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äusseren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;

2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen

3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen (S. 36).

Antonovsky (1987/1997) beschreibt die drei Ebenen des Kohärenzsinn (S. 34-35). **Die Verstehbarkeit** bezieht sich auf das Ausmass, in welchem interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrgenommen werden können. Das heisst, ob sie als geordnete, strukturierte, konsistente und klare Information eingeordnet werden können. Dies auch in Bezug auf ungewollte und schmerzhaft Situationen wie Krieg, Tod, Versagen und so weiter. Das Gegenstück zu «Information» nennt er «Rauschen», dies ist der Fall, wenn Stimuli als chaotisch, willkürlich und unerklärlich wahrgenommen werden (ebd., S.34).

Wie diese Ebene den Kohärenzsinn beeinflussen kann und wie die Ebene der Verstehbarkeit für das Beratungssetting nutzbar gemacht werden kann wird in Kapitel 5.4.3 aufgezeigt.

Die Ebene der **Handhabbarkeit** umfasst nach Antonovsky (1987/1997) das Repertoire an internen und externen Ressourcen, auf die zugegriffen werden kann, um Situationen und Anforderungen zu begegnen. Interne Ressource können beispielsweise Intelligenz sein, Humor, Fähigkeiten und so weiter. Entweder hat das Individuum selbst die Kontrolle über die Ressource, oder aber sie werden von jemand «legitimiert» kontrolliert wie beispielsweise durch Ehegatten, Kollegen, Freunde, Ärztinnen und Ärzte, Gott, einem oder einem/r Parteiführer_in (S.35).

Sinngemäss können hier auch Fachpersonen der Sozialen Arbeit genannt werden sowie Fachpersonen aus anderen Bereichen auch Kontakte aus der Nachbarschaft, Vereinen und zahlreiche andere, individuelle Möglichkeiten. Die Autorin schliesst daraus, dass ein klinikinterner Sozialdienst demnach selbst zu einer Ressource werden kann, welcher die Ebene der Handhabbarkeit positiv beeinflussen kann.

Überdies werden mittels ressourcenorientierter Beratung weitere Ressourcen erschlossen, welche die Ebene der Handhabbarkeit zusätzlich stärken. Der Gedanke der Handhabbarkeit kann zudem als Richtschnur für eine erfolgversprechende Gestaltung des Beratungssettings dienen. Dies wird in Kapitel 5.4.3 veranschaulicht.

Mit der Ebene der **Bedeutsamkeit** ist vor allem die emotionale, weniger die kognitive Ebene angesprochen (dies wäre die Verstehbarkeit). Ob etwas «Sinn ergibt» oder «eine Bedeutung hat» repräsentiert nach Antonovsky (1987/1997) das «motivationale Element», also jenes, welches den Ausschlag gibt, wie sehr sich eine Person für etwas engagiert (S.35). Da die Ebene der Bedeutsamkeit ausschlaggebend ist für die Motivation einer Person, bildet sie die wichtigste der drei Ebenen. Sie motiviert Menschen, die anderen beiden Komponenten des Kohärenzsinn, also die Verstehbarkeit und die Handhabbarkeit, zu verstärken (Lindström & Eriksson, 2019, S. 39).

Die Autorin schliesst daraus, wie wichtig es in der Sozialen Arbeit ist, Menschen nicht lediglich auf der Sachebene zu informieren, sondern auch Bedeutungen und Motivationen herauszuarbeiten. Diesbezüglich stellt die Autorin in Kapitel 5.4.3 ein eigens entwickeltes Instrument vor. Die motivationale Komponente findet in Kapitel 5 auf vielfältige Weise Anwendung.

Die Entwicklung des Kohärenzsinn beginnt nach Lindström (2019) zu Beginn des Lebens (S. 115). Wichtig ist dabei die Interaktion mit nahen Bezugspersonen, welche ihrem Kind dabei helfen, zu verstehen, was vor sich geht (Verstehbarkeit), Formen der Bewältigung zu finden (Handhabbarkeit) und konstruktive Verhaltensmuster zu entwickeln sowie die Fähigkeit, Motivation zu finden, und dem Handeln eine Richtung zu geben (Sinnhaftigkeit). Daraus ergibt sich der salutogene Prozess, welcher es Menschen ermöglicht, Ressourcen in ihrer unmittelbaren Umgebung zu erkennen und in gesundheitsfördernder Weise nutzbar zu machen (S. 115-116). Lindström und Eriksson (2011; zit. in Lindström 2019) beschreiben die Entwicklung des Kohärenzsinn als **lebenslangen Lernprozess**, welcher sich in der Interaktion zwischen Menschen sowie der Interaktion zwischen Menschen und ihrer Umgebung ausbildet (ebd.).

Doch wie kann man sich dieses Wirkverhältnis vorstellen? Einerseits bilden Ressourcen die Voraussetzung, um den Kohärenzsinn auszubilden und andererseits begünstigt der Kohärenzsinn, dass Ressourcen in gesundheitsfördernder Weise nutzbar gemacht werden können. Ruca Elisa Katrin Maass (2019) beschreibt, wie externe Ressourcen auf den Kohärenzsinn einwirken und wie umgekehrt, der Kohärenzsinn auf (die Nutzung von) externen Ressourcen einwirkt (S. 139–140). Ein klinikinterner Sozialdienst kann beispielsweise aus Sicht eines/r Patientin/en einerseits als Ressource betrachtet werden, andererseits den Zugang zu weiteren externen sowie internen Ressourcen ermöglichen respektive er-

leichtern. Anzumerken gilt es nach Maas (2019), dass Ressourcen und Belastungen zwei Seiten derselben Medaille sein können, also von manchen Personen als Ressource empfunden werden und von anderen als Stressor. Als Beispiel nennt sie ein Gemeindehaus, welches kontextabhängig eher als Stressor oder als Ressource aufgefasst wird. Die Nutzbarkeit spielt eine zentrale Rolle. Menschen, die das Gemeindehaus nutzen können, sehen es als Ressource an, während dem Menschen, die ihr Gemeindehaus nicht nutzen können, es nicht als Ressource bezeichnen (S. 141). Dies lässt sich sinngemäss auf den Kliniksozialdienst übertragen. Die bloße Existenz eines Kliniksozialdienst bedeutet daher nicht automatisch, dass er für alle Patient_innen als Ressource wahrgenommen und dementsprechend genutzt wird. Die Autorin vermutet, dass der individuelle Bedarf, die gesundheitliche Verfassung, bereits gemachte Erfahrungen mit anderen Sozialarbeitenden darauf einen Einfluss haben könnte. Auf eine nähere Untersuchung dieser Faktoren muss an dieser Stelle verzichtet werden. In Kapitel 5, insbesondere Kapitel 5.4.3, anhand des Fallbeispiels wird jedoch aufgeführt, wie das Beratungssetting an sich als verstehbar handhabbar und bedeutsam gestaltet werden kann und welche Methoden und welche Haltung seitens Sozialarbeitenden förderlich ist. Wie aus dem Fallbeispiel hervorgeht, wird der klinikinterne Sozialdienst für vorliegende Arbeit als Ressource gewertet, da er für die Patientin nützlich ist. Ruca Maass (2019) betont, dass es die Erfahrungen sind, welche Menschen mit externen Ressourcen machen, die einen Einfluss auf den Kohärenzsinn haben. Dies wird im folgenden Modell verdeutlicht. Das Original des Modells (Maas, 2019, S. 140), welches die Nachbarschaft als Ressource untersucht, wird auf das Setting des klinikinternen Sozialdienstes adaptiert (siehe Abbildung 4).

Wirkverhältnis externe Ressourcen, Kohärenzsinn und Gesundheit/Lebensqualität

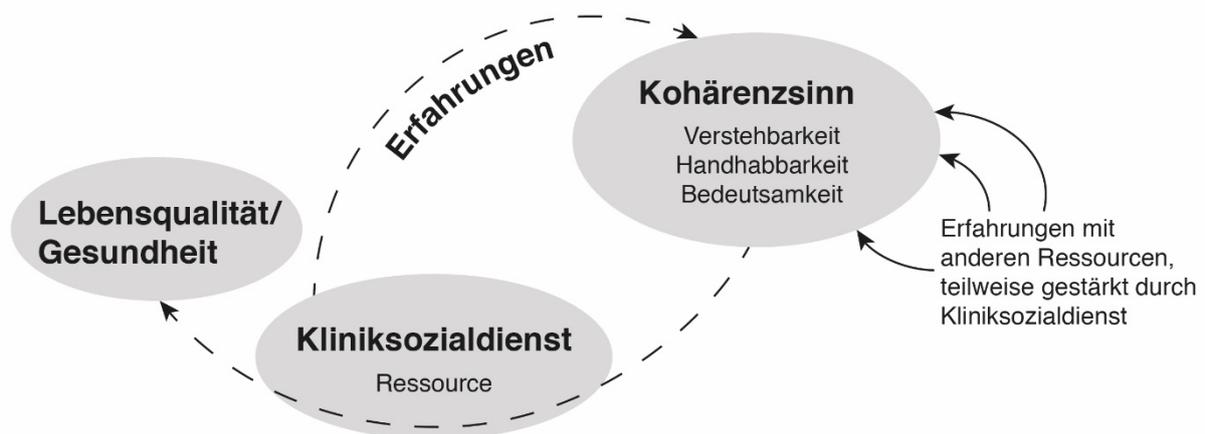


Abbildung 4: Wirkverhältnis externe Ressourcen, Kohärenzsinn und Gesundheit/Lebensqualität. (Quelle: angelehnt an Maas, 2019, S. 140)

Aus diesem Modell geht hervor, dass Erfahrungen mit unterschiedlichen Ressourcen zur Stärkung des Kohärenzsinn beitragen können. Zusammenfassend wird festgestellt: Einige dieser Ressourcen werden durch den Kliniksozialdienst gestärkt, wie in den Kapiteln 5.3 und 5.4 beschrieben wird. Zudem kann der Kliniksozialdienst selber zu einer Ressource werden, sofern er von Patient_innen als «nutzbar» erlebt wird. Das bedeutet, der Kohärenzsinn von Patient_innen kann durch Erfahrungen, welche sie mit dem Kliniksozialdienst machen, beeinflusst werden. Wie dies begünstigt werden kann wird in Kapitel 5 beschrieben. Eine Person kann (widerholt) erfahren (also lernen), dass sie mithilfe ihrer eigenen Ressourcen sowie mithilfe von «kontrollierbaren» Ressourcen von anderen, in der Lage ist, das Leben als bedeutsam, handhabbar und verstehbar wahrzunehmen. Dies führt dazu, dass besser auf Ressourcen zurückgegriffen, sie also verwendbar gemacht werden können. Dazu zählen physiologische, biochemische, materielle, kognitive, emotionale, werte- und einstellungsbezogene, interpersonale und makrokulturelle Ressourcen.

Nach Ruca Maass (2019) wird es von Personen als hilfreich erlebt, wenn sie sich über Ressourcen austauschen können. Denn die Erfahrungen von anderen können genutzt werden, um eigens verfügbare Ressourcen auf vielfältigere Weise zu nutzen, als dies der Fall wäre, wenn jemand auf die eigenen Erfahrungen beschränkt ist (S. 143).

Empirie: Es gibt zahlreiche empirische Befunde, welche nahelegen, dass ein starker Kohärenzsinn förderlich für die Gesundheit, insbesondere die psychische Gesundheit, ist. Im Folgenden werden drei Beispiele aufgeführt.

Aus einer systematischen Untersuchung der globalen Evidenzlage von Monica Eriksson und Bengt Lindström (2006), basierend auf 458 wissenschaftlichen Publikationen sowie 13 Doktorarbeiten, geht hervor, dass ein starker Kohärenzsinn eng mit einer guten, insbesondere psychischen Gesundheit zusammenhängt. Es scheint, der Kohärenzsinn spiele eine wichtige vermittelnde oder moderierende Rolle bei der Erklärung der Gesundheit. Darüber hinaus ist der Kohärenzsinn ein zuverlässiger Prädiktor für die Gesundheit (ebd.). Ein starker Kohärenzsinn schützt nach Lindström und Eriksson (2019) vor Angststörungen, Depression, Burn-out und Hoffnungslosigkeit. Darüber hinaus ist er stark und positiv mit Gesundheitsressourcen wie Optimismus, Widerstandsfähigkeit, Kontrollüberzeugung und Fähigkeiten der Bewältigung verknüpft. Die Symptome von psychischen Erkrankungen fallen umso geringer aus, je stärker der Kohärenzsinn ist. So fassen Lindström und Eriksson (2019) ihre Erkenntnisse zusammen (S. 54).

Monica Eriksson, Bengt Lindström und John Lilja (2007) messen in einer Querschnittstudie, mit 40 – 70-jährigen Bewohner_innen von Åland den Kohärenzsinn der Bevölkerung und die Verteilung von Depressionen. In ihrer Studie weisen sie nach, dass der Kohärenzsinn stark mit dem selbstbewerteten

Gesundheitszustand verbunden ist. Die Gesundheit der Befragten ist umso besser, je höher ihr gemessener Kohärenzsinn ist. Zudem liefert die Studie klare Belege, dass der Kohärenzsinn als positiver Indikator für die psychische Gesundheit herangezogen werden kann (ebd.).

Shauna Mc Gee et. al (2018) belegen in ihrer Längsschnittstudie, welche mit Personen über 50 Jahren durchgeführt wurde, die Rolle des Kohärenzsinn in den Wechselwirkungen zwischen Resilienz, Stress und Gesundheit. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass der Kohärenzsinn sowohl für die Stressbewältigung und die Bewältigung von Belastungen als auch für die Qualität des psychischen Wohlbefindens ein ausschlaggebender Faktor ist (ebd.).

2.3.3. Salutogenese und Soziale Arbeit

Soziale Arbeit und Salutogenese haben gemäss Pia Gabriel-Schärer und Claudia Meier Magistretti (2019, S.227) einige Gemeinsamkeiten. «Soziale Arbeit ist salutogene Arbeit, wenn sie Ressourcen stärkt und damit Gesundheit ermöglicht» (Gabriel-Schärer & Meier Magistretti, 2019, S. 227). Sowohl Soziale Arbeit als auch Salutogenese betrachten den Menschen in Interaktion mit der Umwelt (S. 222). Ziel von beiden ist es, jeweilige Bedingungen für eine gute Lebensqualität zu erkennen und Menschen zu befähigen, Lebensqualität selbst zu schaffen resp. ihnen den Zugang zu Faktoren zu erleichtern, welche Lebensqualität ermöglichen (ebd.).

Nach Gabriel-Schärer und Meier Magistretti (2019), konzentriert sich die Praxis sozialer Arbeit vorwiegend auf die allgemeine Ressourcenförderung (S. 227). Sie betonen, dass das Konzept der Kohärenzsinn darin zu einer Fokussierung beitragen könnte indem Individuen und Gruppen darin unterstützt werden könnten, ihre Lebenswelt als verstehbar, handhabbar und sinnhaft wahrzunehmen (S. 227). Gemäss Gabriel-Schärer und Meier Magistretti (2019) wird das Konzept des Kohärenzsinn oft einseitig betont und die generalisierten Widerstandsressourcen zu wenig berücksichtigt (S. 231). Die Soziale Arbeit hätte hier aufgrund ihrer Nähe, ihren Kontakten und Erfahrungen eine wichtige Funktion. Denn die hauptsächlichen Angebotsnutzenden Sozialer Arbeit sind Menschen aus sozial benachteiligten Kontexten, in sozialen Krisen und vulnerablen oder deprivierten Situationen (ebd.).

Wie das Konzept des Kohärenzsinn zu einer Fokussierung bei der Beratung beitragen kann, wird in Kapitel 5.4.3 anhand des Fallbeispiels erläutert. Zudem wird darauf eingegangen, wie auch das Beratungssetting an sich von der Orientierung am Konzept des Kohärenzsinn profitieren kann. Indem während der Beratung darauf geachtet wird, welche Faktoren von Nöten sind, die der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit sowie der Sinnhaftigkeit zuträglich sind. Weiterhin werden anhand des Fallbeispiels die Ressourcen beleuchtet, welche vom Arbeitsgebiet der Beratung durch Sozialarbeitende betroffen sind und gestärkt werden.

Als Empfehlung für Professionelle, die mit «Kranken» an einer positiven Veränderung ihres Kohärenzsinns arbeiten, äussert sich Antonovsky laut Pauls (2013) «zurückhaltend». Antonovsky empfiehlt, dass...

- ...den Personen wenigstens keinen Schaden zugefügt wird,
- ...die Begegnungen in einer Art und Weise gestaltet werden, dass sich Betroffene als «**kon-sistent**» erleben können,
- ...den Menschen ermöglicht wird, Erfahrungen zu identifizieren und zu fördern, die ihren **Kohärenzsinn verbessern**. (z.B. im Hinblick auf Autonomie) (S.108).

Diese Hinweise zu beachten, daraus besteht nach Pauls (2013) die klinische sozialarbeiterische Interventionskompetenz (S. 108).

Zwischenfazit der Autorin: Vorliegende Arbeit hat nicht zum Zweck, die Auswirkungen ressourcenorientierter Beratung auf die Stärkung von Schutzfaktoren und die Minimierung von Risikofaktoren zu beschränken. Vielmehr kann die Stärkung der Schutzfaktoren mittels ressourcenorientierter Beratung als Weg betrachtet werden, dessen «Sekundär-Ziel» die Stärkung des Kohärenzsinnes ist. Die Stärkung des Kohärenzsinns kann demnach als eher indirekt «stärkbar» betrachtet werden. Direkt wird meist an dem Ausbau von externen und internen Schutzfaktoren gearbeitet. Elementar ist jedoch, dass dieser Ausbau von Schutzfaktoren nicht alleine von den Sozialarbeitenden «erledigt» wird, sondern dass Patient_innen einen aktiven Beitrag leisten (lernen) und dieser Prozess von Sozialarbeitenden begleitet wird. So können sich Patient_innen als handelnde Individuen erleben. Veränderungen im Leben können nachhaltiger sein zudem kann die Stärkung des Kohärenzsinns aufgrund der eigenen gemachten Erfahrungen begünstigt werden, wie dies in Kapitel 2.3.2 sowie Kapitel 5 veranschaulicht wird.

2.4. Zentrale Erkenntnisse

Aus dem Modell von George L. Engel (1977, zit. in AAAS, 2020) geht hervor, dass sich die biologische, die psychologische und die soziale Ebene gegenseitig beeinflussen und alle einen Einfluss auf die Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Krankheiten respektive psychischer Gesundheit haben (siehe Abbildung 1). Die Einbindung der Sozialen Dimension ist demnach überaus wichtig. Darauf wird insbesondere in Kapitel 3 eingegangen sowie in Kapitel 4 und 5 behandelt.

Das Stressmodell von Richard S. Lazarus (1980) legt nahe, dass die Bewertung der Ereignisse sowie die Bewertung der Bewältigungsstrategien einen grossen Einfluss auf die Entstehung und die Verarbeitung

von Stress haben (siehe Abbildung 2). Für die Soziale Arbeit lässt sich daraus ableiten, dass es lohnenswert ist, mit ihrer Klientel am Gleichgewicht zwischen stressrelevanten Faktoren und Bewältigungsstrategien zu arbeiten. Dies kann einerseits geschehen, indem Umgebungsfaktoren angepasst werden und andererseits indem an Bewältigungsstrategien gearbeitet wird. Dies wird in Kapitel 3.3 und Kapitel 5 näher erläutert.

Die Theorie der Salutogenese von Aaron Antonovsky (1987/1997) untersucht, welche Faktoren dazu beitragen, belastende Ereignisse erfolgreich zu bewältigen (S. 14). Er formuliert dazu das Konzept der generalisierten Widerstandsressourcen sowie das Konzept des Kohärenzsinn mit den Ebenen der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit und der Bedeutsamkeit. Der Kohärenzsinn bildet sich aus Erfahrungen mit generalisierten Widerstandsressourcen und hat wiederum einen Einfluss auf das jeweilige Ressourcenmanagement (siehe Abbildung 3). Daraus ist abzuleiten, dass die Arbeit an den jeweiligen Ressourcen einen Einfluss auf den Kohärenzsinn hat. Dies wird in Kapitel 5, insbesondere Kapitel 5.4.3 näher untersucht.

Die Soziale Arbeit und die Salutogenese haben nach Gabriel Schärer und Meier Magistretti (2019) einige Gemeinsamkeiten. Darunter das Menschenbild, die Förderung von Ressourcen und die Verbesserung von Lebensqualität. Zudem kann der Kohärenzsinn eine Orientierung für die Beratungspraxis Sozialer Arbeit sein. Darauf wird in Kapitel 5.4.3 näher eingegangen.

2.5. Bezug zur Sozialen Arbeit

Aus dem bio-psycho-sozialen Modell von George L. Engel (1977, zit. in AAAS, 2020) kann abgeleitet werden, dass die soziale Dimension einen Einfluss auf die Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Krankheiten respektive psychischer Gesundheit hat. Die Autorin schlussfolgert daraus, dass die Einbindung der sozialen Dimension in den Behandlungsprozess von Menschen mit einer psychischen Erkrankung (durch Sozialarbeitende) relevant ist. Dies wiederum kann als Grundlage für die Legitimation der Sozialen Arbeit dienen, beispielsweise für Sozialarbeitende in einer psychiatrischen Klinik. Es kann jedoch auch den Blick für Sozialarbeitende auf anderen Gebieten schärfen, welche nicht primär mit Patient_innen zusammenarbeiten sondern beispielsweise mit Klient_innen von Sozialdiensten, Bewohner_innen von Heimen oder Jugendlichen in Jugendtreffs und weiteren Nutzenden Sozialer Arbeit. Sodass ein Augenmerk auf die Wechselwirkungen zwischen sozialen Einflussfaktoren und der Gesundheit der Angebotsnutzenden gelegt wird. Auf die strukturelle Kopplung zwischen psychischer Gesundheit und sozialen Einflussfaktoren (gemäss Sommerfeld et. al, 2016, S. 7) wird in Kapitel 3.1 eingegangen.

Aus dem Stressmodell nach Lazarus (1980) leitet die Autorin ab, dass es lohnenswert ist, Patientinnen und Patienten darin zu unterstützen, hilfreiche Fähigkeiten auszubauen, um Stressoren in angemessener Weise begegnen zu können. Damit Belastungsereignisse erfolgreich bewältigt werden können, anstatt dass diese zu Stress, Krisen oder psychischen Krankheiten führen oder eine Besserung behindern (vgl. Abbildung 2). Dazu versuchen Sozialarbeitende gemeinsam mit den Patient_innen, das Gleichgewicht zwischen stressrelevanten Faktoren und Bewältigungsstrategien wiederherzustellen (vgl. Kapitel 3.3 sowie 5). Dies geschieht indem einerseits die Umgebung «weniger stressig» gestaltet wird, beispielsweise mittels Beschaffung externer Ressourcen, andererseits, indem Bewältigungsstrategien der Patient_innen gefördert werden, beispielsweise indem ihnen Wissen vermittelt wird, wie sie (künftigen) Stressoren aus ihrer Umgebung (frühzeitig) begegnen können (=interne Ressourcen). Beispielsweise indem sie ermutigt werden, selbstständig Telefonate mit spezifischen Beratungsstellen zu führen (siehe Kapitel 3.3, 5.2 und 5.4).

In diesem Kapitel wurden übergeordnete Theorien und Modelle erläutert (Theoriewissen), welche für vorliegende Arbeit relevant sind. Zudem wurden erste Erkenntnisse für die Soziale Arbeit abgeleitet, welche in den entsprechenden Kapiteln näher ausgeführt werden. Nun folgt ein Kapitel über klinische Sozialarbeit (Professionswissen).

3. Klinische Sozialarbeit

Als erstes wird der Gegenstand klinischer Sozialarbeit bestimmt und auf deren Stellenwert eingegangen. Danach folgt das Menschenbild, welches die klinische Sozialarbeit von ihren Angebotsnutzenden hat und das Aufgabengebiet klinischer Sozialarbeit in einer Psychiatrie wird beschrieben.

3.1. Gegenstand und Stellenwert

Klinische Sozialarbeit ist laut Helmut Pauls (2013) überall dort zu finden, wo Sozialarbeit «klinisch» tätig ist (S. 16). Dies beinhaltet nicht nur Tätigkeiten in Kliniken, wie der Name vielleicht vermuten liesse, sondern bezieht sich auf alle direkten Interaktionen mit Betroffenen sowie auf konkretes und fallbezogenes Handeln und Behandeln von Betroffenen (ebd.). Nach Pauls (2013) ist die klinische Sozialarbeit als integrierter, professioneller Ansatz zu verstehen, welcher die Verbesserung der psychosozialen Passung zwischen Patient_innen und deren Umwelt zum Gegenstand hat (S. 17).

Klinische Sozialarbeit ist im Setting der Psychiatrie unabdingbar und hat «enormes Potenzial», so Sommerfeld et al. (2016, S.1-2). Dennoch ist der Stellenwert der klinischen Sozialarbeit in Psychiatrien der Schweiz nach wie vor zu gering und wird in den meisten Fällen auf das Finden einer Anschlusslösung reduziert (S. 6). Zwar ist es nicht primäres Ziel vorliegender Arbeit, die klinische Sozialarbeit innerhalb

der Psychiatrie zu legitimieren, dennoch kann sie als ein Beitrag zur Legitimation Derjenigen betrachtet werden. Denn es wird an mehreren Stellen auf die «Verzahnung» der psychischen und sozialen Dimension eingegangen und ein Teilgebiet der klinischen Sozialarbeit, nämlich die Arbeit auf einem klinikinternen Sozialdienst einer stationären Psychiatrie, wird vorgestellt.

Ziel der klinisch sozialarbeiterischen Interventionen ist im Unterschied zur psychotherapeutischen Beratung, welche mit ihren Interventionen direkt auf die Heilung psychischer Störung mittels psychotherapeutischer Interventionen abzielt, die Verbesserung der gesellschaftlichen Teilhabe (Wälte & Borg-Laufs, 2018, S.28). Vor dem Hintergrund der bio-psycho-sozialen Perspektive kann eine positive Veränderung der sozialen Dimension respektive der psychosozialen Passung aus Sicht der Autorin jedoch als «der Heilung zuträglich» angesehen werden. Dies schlussfolgert die Autorin aus dem bio-psycho-sozialen Modell von Engel (1977, zit. in AAAS, 2020), wonach die soziale Dimension einen Einfluss hat, weiter aus dem Stressmodell von Lazarus (1980), wonach Stress eine Beziehung zwischen Individuum und Umwelt ist sowie aus den Erkenntnissen von Sommerfeld et al. (2016), welche die strukturelle Kopplung zwischen sozialen und psychischen Prozessen beschreiben (S. 7). Nach Gabriel-Schärer und Meier Magistretti (2019) geht es bei der Sozialen Arbeit um die Verbesserung der Lebensqualität (S. 222). Soziale Arbeit ist laut dem Berufskodex von Avenir Social (2010) ein gesellschaftlicher Beitrag, insbesondere diejenigen Menschen zu unterstützen, die vorübergehend oder dauernd in der Verwirklichung ihres Lebens illegitim eingeschränkt sind oder deren Zugang zur Teilhabe an gesellschaftlichen Ressourcen ungenügend ist (S. 4). Dies gilt für Soziale Arbeit im Allgemeinen, so auch für klinische Sozialarbeit.

3.2. Menschenbild

Vor dem Hintergrund der bio-psycho-sozialen Perspektive betrachtet die klinische Sozialarbeit den Menschen als Teil seiner jeweiligen Umgebung (Pauls, 2013, S. 64). Der Mensch, seine Krankheit und seine jeweiligen Umgebungsfaktoren werden demnach nicht isoliert, sondern immer als Teil eines Ganzen betrachtet (Wälte & Borg-Laufs, 2018, S. 98-99). Nach Sommerfeld et al. (2016) hat die soziale Dimension einen erheblichen Einfluss auf den Verlauf psychischer Krankheiten (S. 7). Bei genauerer Betrachtung hat sich in allen Fällen in ihren zwei Forschungsprojekten gezeigt, dass die psychischen und sozialen Prozesse «aufs engste miteinander verzahnt sind». Sie sprechen gar von einer «strukturellen Kopplung» (ebd.).

Nach Jürgen Habermas (2001; zit. in Pauls, 2013, S. 16) fusst klinische Sozialarbeit auf dem moralischen Grundsatz, dass Sozialarbeitende einen «nicht instrumentalisierenden Umgang» mit den jeweiligen Patient_innen pflegen. Ihre legitimierende Kraft schöpft die «klinische Einstellung» aus dem Konsens

mit dem Gegenüber, welches Ja oder Nein sagen kann (ebd.). Beispielsweise zu Angeboten klinischer Sozialarbeit in einer Psychiatrie, welche im Folgenden vorgestellt werden.

3.3. Aufgaben klinischer Sozialarbeit in der Psychiatrie

Die Ressourcenerschliessung ist nach Silvia Staub-Bernasconi (2007) die «historisch-klassische» Arbeitsweise von Sozialarbeitenden (S. 299-301). Peter Sommerfeld und Cornelia Rügger (2013) beschreiben die Aufgaben der klinischen Sozialarbeit in der Psychiatrie im Spezifischen (S. 397-398). Dazu gehören die Sicherstellung einer Anschlussversorgung nach einem Klinikaufenthalt, das Fungieren als Schnittstelle zwischen Patient_in und dem Sozialversicherungssystem sowie der Sozialhilfe und die Aufrechterhaltung der Integrationsoptionen. Mit dem letztgenannten Punkt ist gemeint, dass Wohn- und Arbeitsverhältnisse erhalten werden, materielle Verhältnisse «in Ordnung gebracht», Schulden saniert und unterstützende soziale Netzwerke (re-)aktiviert werden (ebd.). Klinische Sozialarbeit ist mehr als die Mobilisierung externer Ressourcen, welche der Umwelt zugeschrieben werden können. Es geht um die Person in ihrer Umgebung (vgl. Kap. 3.2), daher also auch um die Person und damit ihre internen Ressourcen. Nach Dietmar Chur (2002, zit. in Esther Weber, 2016) besteht die Unterstützung der Beratung durch Sozialarbeitende vor allem darin, «Ressourcen hinsichtlich Persönlichkeit, Kontext und Beziehung zur Umwelt zu erschliessen und zu stärken» (S. 10). Diese psycho-soziale Passung ist das Aufgabengebiet klinischer Sozialarbeit (vgl. Pauls, 2013, S.17). Ein klinikinterner Sozialdienst unterstützt die Patient_innen demnach in ihrem jeweiligen «Ressourcenmanagement». Dazu können von Sozialarbeitenden unterschiedliche Methoden ressourcenorientierter Beratung verwendet werden (vgl. Kapitel 5).

Ressourcenorientierte Beratung: Ressource (lat.) meint Quelle, Rohstoff, Hilfsmittel (Weber, 2016, S. 30). «Beratung» ist kein rechtlich geschützter Begriff. Dieter Wälte und Anja Lübeck (2018) bezeichnen ihn gar als «Container-Begriff» (S. 24). Es gibt zahlreiche Beratungsschulen, Strömungen und Richtungen, viele unterschiedliche Zugänge und eine grosse Vielfalt an Methoden. Wälte und Borg-Laufs (2018) fordern aufgrund der vielfältigen Problemlagen der Angebotsnutzenden die Überwindung einer einseitigen Orientierung an einer spezifischen Beratungsschule und fordern eine Hinwendung zu einer integrativen Beratungskonzeption (S. 13). Ressourcenorientierte Beratung kann demnach eher als Haltung verstanden werden. Konkrete Methoden werden in Kapitel 5 erläutert.

Gestützt auf die moralische Legitimation klinischer Sozialarbeit, einen nicht instrumentalisierenden Umgang mit Patient_innen zu pflegen (Habermas, 2001; zit. in Pauls, 2013, S. 16) gilt es anzumerken, dass die Patient_innen ihre jeweiligen Entscheidungen treffen, welche Ressourcen sie erschliessen

wollen und einbringen und welche nicht; also beispielsweise welche Angebote des klinikinternen Sozialdienstes sie annehmen und welche sie ablehnen. Auf die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme jeweiliger Angebote ist dementsprechend hinzuweisen und Entscheidungen der Patient_innen sind zu respektieren.

Somit sind einige relevante Aspekte klinischer Sozialarbeit in Form von Professionswissen dargelegt. Es folgt ein Kapitel mit störungsspezifischem Wissen.

4. Störungsspezifisches Wissen

Störungsspezifisches Wissen kann in der Fallarbeit von Sozialarbeitenden hilfreich sein. Beispielsweise um ein grundsätzliches Verständnis seitens Beratungsperson zu fördern und das Beratungssetting entsprechend anpassen zu können. Daher wird im Folgenden auf die Klassifikation und die Symptome von affektiven Störungen resp. depressiven Episoden eingegangen.

4.1. Affektive Störungen

Nach Daniel Hell, Jérôme Endrass, Jürg Vontobel & Ulrich Schnyder, 2011) werden Depressionen zu den *affektiven Störungen* gezählt (S 115). Mit Affektivität ist die Stimmung eines Menschen gemeint. Affektive Störungen zeichnen sich also durch eine Veränderung resp. Störung der Stimmungslage sowie des Antriebs aus (ebd.). Die häufigste affektive Störung ist die **Depression**. In einer Depression ist ein Mensch «herabgestimmt» also in bedrückter Stimmung, wohingegen eine **Manie** bedeutet, in deutlich gehobener Stimmung zu sein. Bei Krankheitsverläufen, in denen die Stimmung von einem Pol zum anderen schwenkt, wird von einer **bipolaren** affektiven Störung gesprochen. Unterschieden wird diese von der sogenannten **Zyklothymie**, welche sich durch eine andauernde Instabilität der Stimmung auszeichnet. Die zyklischen Wechsel der Stimmung bewegen sich zwischen leichten Depressionen (Subdepressionen) hin zu leichten Manien (Submanien). Weiter gibt es die **Dysthymie**, welche Menschen oft von ihrer Jugend an als leicht depressiv erscheinen lassen. Hierbei handelt es sich um eine «milde» Depressionsform, welche jedoch anhaltend ist (ebd.).

In der ICD-10 haben affektive Störungen die Diagnosekategorie F3. In der folgenden Tabelle finden sich die Hauptkategorien affektiver Störungen nach ICD-10.

Affektive Störungen nach ICD-10

F30	Manische Episode
F31	Bipolare affektive Störung
F32	Depressive Episode
F33	Rezidivierende depressive Störungen
F34	Anhaltende affektive Störungen
F38	Andere affektive Störungen
F39	Nicht näher bezeichnete affektive Störung

Tabelle 1: Affektive Störungen nach ICD-10 (Quelle: eigene Darstellung)

Dies ist eine Übersicht über die verschiedenen affektiven Störungen. Laut Bundesamt für Statistik (2019) sind unipolare depressive Episoden die verbreitetste Form von affektiven Störungen. Im Folgenden wird näher darauf eingegangen.

4.2. Depressive Episode

Eine Person befindet sich in einer depressiven Episode (major depression), wenn sie sich während eines «überschaubaren» Zeitraumes, mindestens jedoch zwei Wochen, antriebslos und niedergeschlagen fühlt (Hell et al., 2011, S.116). Die meisten depressiven Episoden dauern mehrere Monate, die Dauer kann jedoch auch einige Wochen oder über ein Jahr betragen. Bei ca. 15% kommt es zu einer langanhaltenden (chronischen) Depression. Über 50% der Menschen, die an einer Depression erkranken, erleiden in ihrem Leben mehrere depressive Episoden (rezidivierende depressive Störung). Zwischen den depressiven Episoden können einige Monate oder gar Jahrzehnte vergehen (S. 117-118).

Entstehung von Depressionen: Daniel Hell (ohne Datum) erklärt die Entstehung von Depressionen als Zusammenwirken verschiedener Faktoren, welche zum Ausbruch der Krankheit führen. Erbfaktoren könnten eine Rolle spielen, da bei einigen Betroffenen eine familiäre Häufung der Erkrankung zu finden ist (S.7-8). Das Erkrankungsrisiko ist bei solchen Personen auf das Doppelte bis Dreifache erhöht. Eine

vererbte Verletzlichkeit führt jedoch nicht automatisch zum Ausbruch der Krankheit. Bei den meisten Erkrankten besteht keine familiäre Häufung (ebd.). Weiter beschreibt Hell häufige psychologische Faktoren, welche eine Depression begünstigen, wie mangelndes Selbstwertgefühl, negatives Denken, eine ängstliche und übermässig pflichtbewusste Persönlichkeit sowie chronische Angst- und Zwangszustände. Zudem kommen häufig belastende Erfahrungen hinzu, namentlich Verluste (Arbeit, Partner_in), chronische Überforderung und Beziehungskonflikte sowie finanzielle Probleme. Eine depressive Erkrankung kann zudem in Zusammenhang zu chronischen Körperkrankheiten oder Suchterkrankung auftreten (S 8). In Kapitel 5.2 wird dies anhand des Fallbeispiels exemplarisch veranschaulicht.

Diagnose von depressiven Episoden: Gemäss dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI, 2018) werden für die Diagnose depressiver Episoden nach ICD-10 Symptome erfasst. Die Anzahl an vorhandenen Haupt- und Zusatzsymptomen ist entscheidend, welcher Schweregrad die depressive Episode hat. Je mehr Symptome vorhanden sind, desto schwerer ist die diagnostizierte Depression (ebd.). Folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Diagnostik von depressiven Episoden nach ICD-10.

Depressive Episoden nach ICD-10

Depressive Episode	Anzahl Hauptsymptome	Anzahl Zusatzsymptome	Code nach ICD-10
- leicht	2	2	F32.0
- mittelgradig	2	3 bis 4	F32.1
- schwer ohne psychotische Symptome	3	Mindestens 4	F32.2
- schwer mit psychotischen Symptomen	3	Mindestens 4, zudem psychotische Symptome	F32.3

Tabelle 2: Depressive Episoden nach ICD-10 (Quelle: eigene Darstellung basierend auf DIMDI, 2018)

Im Folgenden eine Auflistung der Haupt- und Zusatzsymptome sowie der psychotischen Symptome nach ICD-10 (DIMDI, 2018).

Die Hauptsymptome sind

- Gedrückte, depressive Stimmung
- Interessenverlust, Freudlosigkeit
- Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit

Die Zusatzsymptome sind

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken / -handlungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit

Psychotische Symptome sind

- Halluzinationen
- Wahnideen
- Psychomotorische Hemmung
- Stupor (ebd.)

Auswirkungen von Depressionen und Handlungsansätze für die klinische Sozialarbeit: Alexandra Keiser und Milena Föhn (2018) untersuchen in ihrer Bachelorarbeit die Auswirkungen von Depressionen auf das Lebensführungssystem von Betroffenen und leiten daraus Herausforderungen und Handlungsansätze für die klinische Sozialarbeit ab (S. 1). Dazu verwenden sie unter anderem das Modell des Lebensführungssystems von Sommerfeld et al. (2016, zit. in Keiser & Föhn, 2018, S. 22-27) und definieren die Handlungssysteme klinischer Sozialarbeit (ebd.). Diese sind: privates soziales Netz, Familie (Ehe und Partnerschaft, Kinder), Arbeit, Wohnen, Kultur und Freizeit (Stigmatisierung), Schattenwelt (Sucht, Suizidalität) und Professionelles Helfernetz (S. 29-51). Die Auswirkungen von Depressionen auf die genannten Systeme sind vielfältig (ebd.). Um diese aufzuzeigen stützen sie sich auf unterschiedliche empirische Befunde von zahlreichen Autor_innen, beispielsweise auf den Bericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums zu Depressionen in der Schweiz von Baer et al. (2013). Für die Einbindung der sozialen Dimension in die Behandlung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung leitet die Autorin vorliegender Arbeit ab, dass die genannten Bereiche im Gespräch ergründet werden (Soziale Diagnostik) um die sozialarbeiterische Intervention adäquat zu planen. In Kapitel 5.1 wird darauf exemplarisch eingegangen.

5. Ein Fallbeispiel anhand des Wissen-Praxis-Transfermodells

Basierend auf den Überlegungen von Gregor Husi (2013; S. 131-138; 2015, S. 1-12) folgt das Wissen-Praxis-Transfermodell, anhand dessen das Fallbeispiel Schritt für Schritt behandelt wird. Es ist unterteilt in fünf Schritte. Folgende Darstellung zeigt die Originalabbildung des Wissen-Praxis-Transfermodells (Abbildung 5).

Wissen-Praxis-Transfermodell

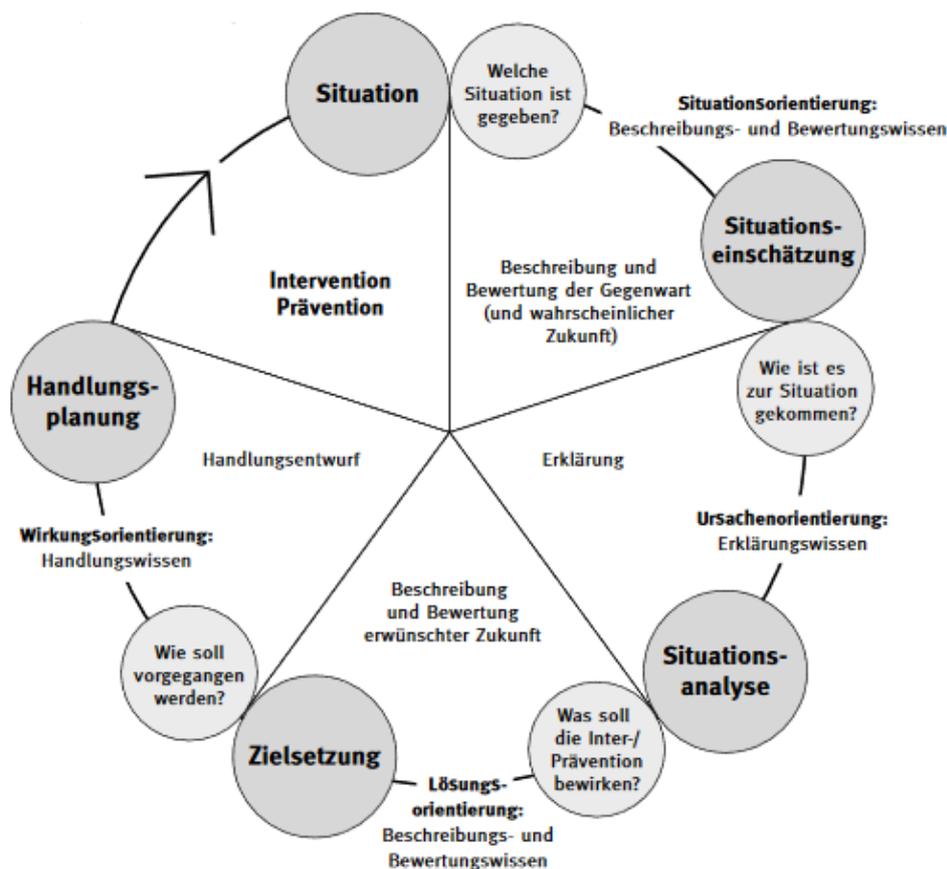


Abbildung 5: Originalabbildung Wissen-Praxis-Transfermodell (Quelle: Husi, 2013, S. 134)

Diese Darstellung wurde von der Autorin gewählt, da gut zu sehen ist, dass die Intervention resp. Prävention wiederum zu einer Situation führt, mit welcher der Kreislauf von neuem beginnt. Gemäss Husi (2015) verschiebt sich während dem Praxisablauf der Fokus der Aufmerksamkeit der Beteiligten (S. 7). Zunächst orientieren sie sich an der *Situation* und ihren *Ursachen*. Danach widmen sie sich *Lösungen* und *Wirkungen* und schliesslich an der *Handlung*.

Im Folgenden werden nun die einzelnen Schritte in Anwendung auf das Fallbeispiel erläutert. Der erste Schritt ist die Situationseinschätzung.

5.1. Situationseinschätzung

Die Situationseinschätzung beantwortet laut Husi (2015) die Frage auf das WAS: Welche Situation liegt vor? Die Situationseinschätzung in Bezug auf das Fallwissen wird mittels Tatsachen (Beschreibungswissen) sowie Problemen und Entwicklungspotenzialen (Bewertungswissen), gewonnen (S. 10).

Vorliegendes Fallbeispiel handelt im Kontext einer stationären Psychiatrie auf der Abteilung für Depressionskranke. Es wurde von der Autorin aufgrund ihrer beruflichen Praxis in einer stationären Psychiatrie konstruiert. Es basiert auf der Zusammenarbeit mit verschiedenen Patient_innen.

Das Angebot des klinikinternen Sozialdienstes steht allen Patientinnen und Patienten während ihres Klinikaufenthaltes zur Verfügung. Es sind jeweils Einzelgespräche. Die Inanspruchnahme der Angebote des Kliniksozialdienstes erfolgt freiwillig und bedarfsabhängig.

Fallbeispiel: *Frau Ursula Breitner ist 57 Jahre alt und musste sich mehrfach an den Knien operieren lassen. Krankheitshalber ist sie deswegen bei der Arbeit oft und lange ausgefallen. Aufgrund dessen erhielt sie nach 25-jähriger Tätigkeit von ihrem Arbeitgeber die Kündigung. Da sie nach eigenen Angaben seit längerem einen Alkoholentzug machen wollte, ergriff sie die Gelegenheit, um in einer Entzugsklinik einen Alkoholentzug zu machen. In diesem Zeitraum wurde sie von ihrem langjährigen Lebenspartner verlassen. Dies trug massgeblich zur Verschlechterung ihres psychischen Zustandes bei. Dennoch setzte sie die Entzugsbehandlung fort. Danach sollte und wollte sie am Programm einer Tagesklinik teilnehmen. In ihrer Wohnung fühlte sie sich aufgrund der zahlreichen Erinnerungen an den Exfreund nicht wohl und sie wusste nicht mit der vielen «leeren Zeit» und sich selbst umzugehen. Es stellte sich heraus, dass sie für das Programm der Tagesklinik noch nicht stabil genug war. Deshalb musste sie den stationären Klinikaufenthalt antreten, in einer anderen als der Entzugsklinik. Dort wird sie auf die Station für affektive Störungen aufgenommen. Bei Frau Breitner wird eine mittelschwere, rezidivierende Depression diagnostiziert. In der stationären Psychiatrie sind wöchentliche Gespräche mit der fallführenden Psychologin vorgesehen. Zudem nimmt die Patientin an anderen Angeboten der Klinik teil wie Arbeitsagogik, Ergotherapie und körperorientierten Angeboten. Frau Breitner bittet um ein Gespräch mit dem Sozialdienst, da sie nach eigenen Angaben ihre Rechnungen nicht bezahlen kann, was für sie grossen Stress mit sich bringt.*

Aufgrund der Symptome der Depression ist Frau Breitner nicht in der Lage, sich allen Themenbereichen alleine zu stellen. Zudem muss sie sich in einer neuen Situation zurechtfinden, was schwierig für die Patientin ist.

Aus dem Berufskodex von Avenir Social (2010) geht hervor, dass Soziale Arbeit Lösungen für soziale Probleme zu erfinden, entwickeln und zu vermitteln hat (S. 6). Zudem lindert sie soziale Notlagen von Menschen und Gruppen, beseitigt oder verhindert diese. Sie begleitet, betreut und schützt Menschen, um ihre Entwicklung zu fördern, zu sichern und zu stabilisieren (ebd.). Dazu orientiert sich Soziale Arbeit am Grundsatz der Ermächtigung, wonach die eigenständige und autonome Mitwirkung an der Gestaltung der Sozialstruktur voraussetzt, dass die Menschen ihre Stärken entwickeln und zur Wahrung ihrer Rechte befähigt und ermächtigt werden (S. 9). Zudem orientiert sich Soziale Arbeit am Grundsatz der Partizipation, was bedeutet, dass Menschen die für den Lebensvollzug notwendige Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, sowie Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit miteinbezogen und beteiligt werden (ebd.). Wie dies konkret umgesetzt werden kann wird in Kapitel 5.4, der Handlungsplanung vorgestellt.

Im Folgenden werden die Themen aufgeführt, welche während der dreimonatigen Beratungsphase gemeinsam mit der Sozialarbeiterin des klinikinternen Sozialdienstes behandelt werden. Sie decken sich mit dem Aufgabenbereich klinischer Sozialarbeit, welcher in Kapitel 3.3 beschrieben wird. Aufgrund des Menschenbildes klinischer Sozialarbeit, den Menschen als Teil seiner Umgebung zu betrachten und basierend auf der klinischen Einstellung, welche mit Menschen zusammenarbeitet, welche Angebote annehmen oder ablehnen können (vgl. Kapitel 3.2), werden folgende Themenblöcke im Konsens definiert. Es werden einige relevante rechtliche Aspekte genannt.

Sozialversicherungsrechtliche Ansprüche:

- Krankentaggeldversicherung: Aus dem Arbeitsvertrag von Frau B. und der Korrespondenz mit der privaten Krankentaggeldversicherung geht hervor, dass Frau B. noch knapp ein Jahr Anrecht auf Leistungen ihrer Krankentaggeldversicherung hat, welche ihr Arbeitgeber kollektiv für alle Arbeitnehmenden abgeschlossen hat. Laut Bundesamt für Gesundheit (2020) können Krankentaggeldversicherungen entweder nach dem Krankenversicherungsgesetz (Sozialversicherungsrecht) von Krankenkassen angeboten werden, oder privat, nach dem Vertragsversicherungsgesetz (Privatversicherungsrecht) von Privatversicherern oder Krankenkassen. Dabei gibt es einige Unterschiede (ebd.). In der Regel werden Arbeitnehmende im Krankheitsfall von der Personalabteilung der, des Arbeitgebenden mit Unterlagen über die jeweiligen Rechte und Pflichten versorgt. Damit Patient_innen diesen Rechten und Pflichten nachkommen können, werden sie nach Bedarf vom Sozialdienst unterstützt. Frau Breitner benötigt Unterstützung, um den laufenden Anforderungen der Krankentaggeldversicherung nachzukommen, beispielsweise dem fristgerechten Einsenden der Arztzeugnisse und der allgemeinen Korrespondenz mit der Krankentaggeldversicherung.

- Arbeitslosenversicherung (ALV): Frau B. ist auf dem Regionalen Arbeitsvermittlungsamt (RAV) angemeldet. Da sie mehr als 30 Tage am Stück krank ist, erhält sie laut Arbeitslosenversicherungsgesetz, AVIG Art. 28 keine Leistungen der ALV. Dennoch muss sie fortlaufend nachweisen, dass sie aufgrund ihrer Krankheit nach wie vor nicht vermittlungsfähig ist und somit keine Arbeitsbemühungen an das RAV zustellen kann resp. muss. Dies ist für die Patientin verwirrend und stellt immer wieder eine Herausforderung für sie dar. Die Sozialarbeiterin unterstützt sie dabei.
- Invalidenversicherung: Gemeinsam mit der Sozialarbeitenden der Entzugsklinik erfolgte eine Anmeldung bei der IV. Nach ATSG Art. 8 sowie IVG Art. 4, liegt eine Invalidität vor, wenn über längere Zeit eine ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit vorliegt, welche kausal mit dem Gesundheitsschaden zusammenhängt. Die Invalidität kann Folge von Unfall, Krankheit oder Geburtsgebrechen sein (ebd.). Also ist nicht die Krankheit selber ausschlaggebend für die Invalidität, sondern die Folgen der Krankheit. In der Praxis zeigt sich häufig, dass Abklärungen der IV während des Klinikaufenthaltes sistieren. Die IV kann zwar gemäss Art. 6a Abs. 1 IVG Auskünfte von allen in der Anmeldung erwähnten Personen und Stellen einholen, dennoch ist Frau B. gemäss Art. 28 Abs. 1 & 2 ATSG dazu verpflichtet Auskünfte an die IV zu erteilen. Das bedeutet, dass sie im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht auf Briefe und Telefone der IV angemessen reagieren muss. Aufgrund ihres Gesundheitszustandes ist die Patientin damit überfordert und wird daher vom Kliniksozialdienst unterstützt.

Rechnungen / Administration:

- Gemeinsam konnten Frau B. und die Sozialarbeiterin des Kliniksozialdienstes Ratenvereinbarungen mit den jeweiligen Gläubigern vereinbaren. So kann Frau B. ihre Rechnungen bezahlen. Dass je nach dem Ratenvereinbarungen getroffen werden können, erstaunt und erleichtert Frau B.
- Gemeinsam öffnen, sortieren und bearbeiten Frau B. und die Sozialarbeiterin ungeöffnete Post. Das meiste sind Rechnungen und Korrespondenz der Sozialversicherungen. Es stellt sich heraus, dass Frau B. hie und da überfordert ist mit ihren administrativen und rechtlichen Angelegenheiten, weswegen ihr seitens Kliniksozialdienst das Angebot des Sozialberatungszentrums (SoBZ) erklärt und empfohlen wird. Einen Ersttermin konnte Frau B. gegen Ende des Klinikaufenthaltes mit geringer Unterstützung der Sozialarbeiterin weitgehend selbstständig organisieren.

Arbeit:

- Vergangene Stelle: Die Sozialarbeiterin des klinikinternen Sozialdienstes der Entzugsklinik half der Patientin, die Angelegenheiten in Bezug auf ihre Kündigung zu regeln. Sie überwachte, ob rechtlich und verfahrenstechnisch nach geltendem Recht vorgegangen wird und unterstützte die Patientin auch in emotionaler Hinsicht. Der Arbeitgeber hielt sich an die im OR Art. 336c Abs. 1 b festgelegten 180 Tage, während denen Arbeitnehmenden im Krankheitsfall ab dem sechsten Dienstjahr nicht gekündigt werden darf.
- Stellensuche: Die Patientin berichtet, dass sie sich aufgrund ihres Alters keine grossen Hoffnungen auf eine neue Stelle macht. Dennoch will sie zu gegebener Zeit Bewerbungen schreiben. Diesbezüglich besprechen die Patientin und die Sozialarbeiterin einige Aspekte.

Freizeit:

- Frau B. macht sich grosse Sorgen, was sie nach Klinikaufenthalt machen soll mit ihrer ganzen «leeren Zeit». Den Alkoholkonsum hat die Patientin aufgegeben. Die Sozialarbeiterin ermutigt und unterstützt Frau Breitner bei der Ideensuche. Frau B. merkt, dass sie sich vorstellen könnte, Freiwilligenarbeit zu leisten, dass sie gerne bastelt, dass sie Freundinnen und Freunde vermehrt besuchen und anrufen kann und sich einer Bewegungsgruppe anschliessen möchte. Nach und nach kann sie ihre Ideen verwirklichen. Wo nötig, erhält sie Unterstützung seitens Sozialarbeiterin.

Wohnen:

- Frau Breitner möchte umziehen. In ihrer Wohnung verspürt sie einen relativ starken Leidensdruck, da sie die Wohnung mit ihrem Expartner bezogen hat. Finanziell liegt sie jedoch in ihrem Budget. Diesbezüglich vereinbaren die Sozialarbeiterin und die Patientin, dass keine Unterstützung seitens Sozialdienst erfolgt. Frau Breitner verfügt über die notwendigen Kompetenzen, selbstständig nach einer neuen Wohnung zu suchen und hat realistische Vorstellungen was die Mietkosten angeht. Hie und da ist es ein Randthema der gemeinsamen Sitzungen.

Dies sind die Themen, welche von der Patientin und der Sozialarbeiterin zwischen Klinikeintritt und -austritt bearbeitet werden.

In Bezug auf den Kohärenzsinn stellt die Sozialarbeiterin fest, dass die Patientin in diversen Bereichen nicht sicher ist, was die Verstehbarkeit, die Bedeutsamkeit und die Handhabbarkeit angehen.

5.2. Situationsanalyse

Nach Husi (2015) beantwortet die Situationsanalyse die Frage auf das WARUM (S. 10). Wie ist es zur Situation gekommen? In Bezug auf das Fallwissen wird für die Situationsanalyse nach Ursachen und Erklärungen für die Probleme respektive Entwicklungspotenziale gesucht. Es wird Erklärungswissen generiert und angewendet. In Bezug auf das Reflexionswissen wird die Frage nach den wahrscheinlichen Ursachen entsprechender Situationen mittels Berücksichtigung von Theorien hergeleitet und eingeordnet (ebd.).

Die Situationseinschätzung und -analyse münden in einer Diagnose (Husi, 2015, S. 7). Unter Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Modells von George L. Engel (1977, zit. in AAAS, 2020, siehe Kapitel 2.1) wird ersichtlich, dass Frau B. biologische, psychologische und soziale Belastungsfaktoren aufweist, welche sich gegenseitig beeinflussen. Nach Daniel Hell (ohne Datum) können verschiedene biologische, psychologische und soziale Faktoren an der Entstehung einer Depression beteiligt sein (S. 22).

Die Autorin vorliegender Arbeit stellt fest, dass bei Frau Breitner mehrere der in Kapitel 4.2 genannten Bereiche der Entstehung von Depressionen betroffen sind. Im Folgenden werden «ihre Bereiche» anhand des bio-psycho-sozialen Modells in Belastungs- und Schutzfaktoren aufgeteilt. Dies geschieht basierend auf den Erzählungen der Patientin gegenüber des Sozialdienstes sowie auf den Beobachtungen der Sozialarbeiterin zu Beginn der dreimonatigen Beratungsphase. Die Gespräche mit dem Sozialdienst handeln hauptsächlich von der sozialen Ebene, weswegen Diese am differenziertesten beleuchtet wird. Die biologische sowie die psychologische Ebene werden nur am Rand beleuchtet, aufgrund der Erzählungen, welche die Patientin vorwiegend in Zusammenhang mit sozialen Belastungsfaktoren oder Schutzfaktoren äussert. Alle drei Ebenen beeinflussen sich gegenseitig.

Die folgende Aufteilung wird gewählt, da sie von der Autorin als übersichtlich erachtet wird. Die Belastungs- und Schutzfaktoren können angelehnt an das bio-psycho-soziale Modell dargestellt werden. Somit kann der Blick von Sozialarbeitenden geschärft werden für bio-psycho-soziale Wechselwirkungen.

Biologische Ebene zu Beginn der Beratung

Belastungsfaktoren	Schutzfaktoren
- Mittelgradige Depression	- Medikamentöse Behandlung
- Kniebeschwerden	
- Leichtes Übergewicht	
- Mangel an Bewegung	
- Alter	
- Geschlecht	

Tabelle 3: Belastungs- und Schutzfaktoren auf der biologischen Ebene zu Beginn der Beratung (Quelle: eigene Darstellung)

Psychologische Ebene zu Beginn der Beratung

Belastungsfaktoren	Schutzfaktoren
- Mittelgradige Depression (Symptome)	- Umgänglicher Charakter
- Liebeskummer	- Loyal
- Weiss nicht, was mit sich anzufangen in der vielen «leeren Zeit»	- Verantwortungsbewusst
- Traut sich selten, für sich und ihre Bedürfnisse / Anliegen einzustehen	- Bereitschaft, Hilfe anzunehmen
- Geringe Selbstwirksamkeitsüberzeugung	
- Überforderungsgefühle, Stress	
- Existenzängste	

Tabelle 4: Belastungs- und Schutzfaktoren auf der psychologischen Ebene (Quelle: eigene Darstellung)

Soziale Ebene zu Beginn der Beratung

Belastungsfaktoren	Schutzfaktoren
- Arbeitslosigkeit	- Krankentaggeldversicherung
- Trennung	- Sozialarbeiterin der Entzugsklinik
- Wohnung (zahlreiche Erinnerungen an Expartner)	- Wohnung (günstig und schön)
- Kontaktaufnahmen von <ul style="list-style-type: none"> ○ ALV ○ RAV ○ IV 	- Freundeskreis vorhanden
- Knappe finanzielle Verhältnisse	- Guter Kontakt zu der Tochter
- Administration allgemein	- Hobbies z.B. Zeichnen

Tabelle 5: Belastungs- und Schutzfaktoren auf der sozialen Ebene (Quelle: eigene Darstellung)

Es wird ersichtlich, dass Frau Breitner zahlreiche Belastungs- als auch Schutzfaktoren aufweist. Der Handlungsbedarf besteht darin, die Belastungsfaktoren zu minimieren resp. zu mildern, und die Schutzfaktoren zu stärken resp. auszubauen. Dies deckt sich mit den Zielen klinischer Sozialarbeit, welche in Kapitel 3 beschrieben werden.

Richard S. Lazarus (1980, vgl. Kapitel 2.2) zufolge führt die Situation von Frau B. und ihre primäre sowie sekundäre Bewertung zu einem subjektiven Ungleichgewicht aus Anforderungen und Fähigkeiten. Daraus ergibt sich ein Handlungsbedarf. Das subjektive Gleichgewicht aus Anforderungen und Fähigkeiten soll begünstigt werden, sodass für Frau Breitner weniger Stress entsteht.

Unter Berücksichtigung der Salutogenese Theorie wird ersichtlich, dass Frau B. über zu wenige nutzbare generalisierte Widerstandsressourcen verfügt (vgl. Kapitel 2.3). Daraus ergibt sich der Handlungsbedarf, dass Frau Breitner mehr Ressourcen zur Verfügung stehen, welche sie nutzen kann. Um Ressourcen besser nutzbar zu machen, ist ein starker Kohärenzsinn zuträglich. Daher ist ein weiterer Handlungsbedarf, diesen zu stärken.

5.3. Zielsetzung

Der dritte Akt im Wissen-Praxis-Transfermodell ist die Zielsetzung. Laut Husi (2015) wird die Frage nach dem WOHIN beantwortet (S. 11). Was soll die Intervention respektive die Prävention bewirken? In Bezug auf das Fallwissen wird für die Zielsetzung mit hierarchisierten und terminierten Zielen gearbeitet. Im Bereich des Reflexionswissens fragen sich Professionelle der Sozialen Arbeit, wohin die Inter- bzw. Prävention in solchen Situationen führen soll. Dazu werden Ziele mittels geltenden (Gesetzes-)Normen und (Grund-)Werten gesetzt. In diesem Teil ist wiederum Beschreibungs- und Bewertungswissen zentral (ebd.).

Aus dem Handlungsbedarf, welcher aus der Situationsanalyse resultiert, ergibt sich das übergeordnete Ziel, **Ressourcen zu stärken**. Dies deckt sich mit dem Auftrag der Sozialen Arbeit und insbesondere der klinischen Sozialarbeit (vgl. Kapitel 3). In Anlehnung daran, werden im Folgenden die Ziele nach ihren jeweiligen Ressourcen gegliedert. Die Ziele werden tabellarisch dargestellt. Es handelt sich um eine Tabelle, welche sich über mehrere Seiten erstreckt.

Ziele der ressourcenorientierten Beratung durch den klinikinternen Sozialdienst

Ressource	Hauptziel	Teilziele	Handlungsziele
Materielle Ressourcen	Frau B. erhält Geld und Unterstützungsleistungen resp. sie verwirkt ihre Chance darauf nicht.	Der Kontakt zu den Sozialversicherungen <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitslosenversicherung • Krankentaggeldversicherung • Invalidenversicherung wird aufrechterhalten, die Mitwirkungspflicht wird erfüllt.	Jeweilige Anfragen werden regelmässig und fristgerecht beantwortet, per Post, Mail oder Telefon.

Ressource	Hauptziel	Teilziele	Handlungsziele
Emotionale Ressourcen	Frau B. erhält emotionale Unterstützung.	<p>Frau B. traut sich, sich mehr für ihre Bedürfnisse und Anliegen einzusetzen.</p> <p>Frau B. hat weniger Überforderungsgefühle.</p>	<p>Eine gute Beziehung zur Sozialarbeiterin wird gepflegt.</p> <p>Frau B. wird immer wieder ermutigt.</p> <p>Frau B. weiss, dass das SoBZ sie nach ihrem Klinikaufenthalt entlasten kann.</p>
Kognitive Ressourcen	Frau B. erlangt Wissen, um diversen Anforderungen besser begegnen zu können.	<p>Frau B. erlangt Wissen in Bezug auf konkrete Fragen und Anliegen.</p> <p>Frau B. erlangt Wissen darüber, wie sie an Informationen gelangen kann.</p>	<p>Frau B. stellt ihre offenen Fragen der Sozialarbeiterin und anderen Fachpersonen, welche diese laufend beantworten</p> <p>Die Sozialarbeiterin erklärt Frau B. administrative Abläufe (z.B. Möglichkeit einer Ratenvereinbarung bei Rechnungen) und wie sie generell an Informationen gelangen kann (Internet, Telefon, Ordnung in Administration halten).</p> <p>Die Patientin organisiert einen Nachsorgetermin beim SoBZ.</p>

Ressource	Hauptziel	Teilziele	Handlungsziele
Interpersonale Ressourcen	Frau B. pflegt Zwischenmenschliche Kontakte.	Frau B. überlegt selbstständig, wie sie vermehrt Kontakt zu anderen Menschen haben kann, seitens Sozialarbeiterin wird sie punktuell unterstützt bei der Ideensuche.	Brainstorming Anmeldung Bewegungsgruppe Freundinnen anrufen / treffen
Werte und einstellungsbezogene Ressourcen	Frau B. weiss, was ihr wichtig ist in Bezug auf sozialarbeiterische Themen.	Frau B. weiss, was sie in ihrer Freizeit machen kann.	Brainstorming Siehe Interpersonale Ressource Langfristiger Verzicht auf Alkohol
Körperliche Ressourcen	Frau B. verfügt über ein grösseres körperliches Wohlbefinden.	Frau B. hat einen gesünderen Körper.	Bewegungsgruppe Langfristiger Verzicht auf Alkohol

Kohärenzsinn	Frau Breitners Kohärenzsinn wird gestärkt.	Frau B. erlebt einerseits die Beratung und andererseits die Anforderungen des Lebens als <ul style="list-style-type: none"> • verstehbar • handhabbar • bedeutsam 	Die Beratungen sind so gestaltet, dass sie von der Patientin als verstehbar, handhabbar und bedeutsam wahrgenommen werden. Die Patientin wird darin unterstützt, ihre Lebenswelt in Bezug auf sozialarbeiterische Bereiche als verstehbar, handhabbar und bedeutsam wahrzunehmen. Die generalisierten Widerstandsressourcen werden nachhaltig gestärkt. Siehe Kapitel 5.4.3.
--------------	--	--	--

Tabelle 6: Ziele der ressourcenorientierten Beratung durch den klinikinternen Sozialdienst (Quelle: eigene Darstellung)

Der Kohärenzsinn kann einerseits als Ressource verstanden werden, andererseits als Lebensorientierung, welcher den Zugriff auf Ressourcen ermöglicht resp. erleichtert. In vorliegender Arbeit wird der Kohärenzsinn als Lebensorientierung betrachtet, dennoch bildet die Stärkung des Kohärenzsinn ein Ziel, weswegen er in der tabellarischen Darstellung der Ziele aufgeführt ist.

5.4. Handlungsplanung

Der vierte Akt im Wissen-Praxis-Transfermodell ist die Handlungsplanung. Nach Husi (2015) wird die Frage nach dem WIE beantwortet (S. 11). Wie soll bei der Inter- bzw. Prävention vorgegangen werden? Um eine Handlungsplanung zu erstellen, wird die Abfolge geeigneter Aktivitäten festgelegt (ebd.).

Nach Pauls (2013) sind die jeweiligen Angebote den jeweiligen Möglichkeiten und Eigenheiten der Patient_innen anzupassen (S. 151). Denn was in welchem Fall tatsächlich hilfreich ist, kann sehr unterschiedlich sein. Maass (2019) betont, Ressourcen müssen nutzbar gemacht werden können (S. 141). Ressourcen und Stressoren beschreibt sie gar als zwei Seiten einer Medaille (vgl. Kapitel 2.3.2). Was als Ressource angesehen wird und was nicht, ist demnach unterschiedlich (ebd.).

Um die Beratung nicht als weiteren Stressor sondern als Ressource für die Ratsuchenden zu gestalten, wird in den folgenden Abschnitten auf die dafür notwendigen Aspekte eingegangen. Es gibt eine Fülle von Möglichkeiten, von welchen im Folgenden einige aufgeführt werden. Eine abschliessende Aufzählung ist aufgrund der Vielfalt an existierenden Methoden und Konzepten nicht möglich. Die Auswahl ist geprägt von der Lehre, wie sie an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit vermittelt wird. Als erstes werden übergeordnete Konzepte und Methoden genannt sowie die Haltung der Beratungspersonen, welche unabhängig des Beratungssettings zentral sind. Darauf folgen Methoden und Konzepte, welche für vorliegenden Fall relevant sind. Auf diesem Wissen basiert das letzte der drei Unterkapitel, in welchem die Stärkung des Kohärenzsinn sowie die Stärkung von Ressourcen untersucht werden.

5.4.1. Übergeordnete Konzepte, Methoden und Haltung

Zentrale Konzepte und Methoden: Nach Esther Weber (2016) steht die Fähigkeit, eine Beziehung so zu gestalten, dass der Aufbau von Vertrauen möglich ist an erster Stelle (S. 23). Dies ist die Voraussetzung für die Kooperation von Ratsuchenden und für ihre Bereitschaft, empfohlene Veränderungsschritte umzusetzen. Und zwar unabhängig von den gewählten beraterischen Techniken. Die Variablen aus der klientenzentrierten Gesprächsführung tragen dazu bei: Echtheit, positive Wertschätzung und einführendes Verstehen (Sabine Weinberger, 2008; zit. in Weber, 2016, S. 23). Dies sind zentrale Aspekte der 1940-1950 von Carl Rogers (1940-1950, zit. in Andreas Kreuzinger, 2000) entwickelten klientenzentrierten Gesprächsführung (ebd.). Bei der nicht-direktiven Therapie, vermitteln Professionelle der Klientel ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit während dem sie sich gemeinsam in eine Situation begeben. Dies löst die Ansicht ab, dass Ratsuchende Objekte sind, welche eine Behandlung brauchen (ebd.). Weber verweist auf Klaus Grawe und Marianne Grawe-Gerber (1999, zit. in Weber, 2016), welche betonen, dass die professionelle Beziehung das am besten gesicherte Ergebnis der Psychotherapie-Forschung ist (S. 33). Für eine gelingende professionelle Beziehungsgestaltung formulieren sie daher psychologische Grundbedürfnisse, welche es zu berücksichtigen gilt (S. 33-34). Diese sind das Bedürfnis nach Unlustvermeidung und Lustgewinn, das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung sowie das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle (ebd.).

Weitere grundlegende Fähigkeiten für eine gelingende Beratung nach Weber (2016) sind:

- Aktives Zuhören
- Paraphrasieren
- Offene Fragen stellen
- Beachten von nonverbalem Verhalten bei sich sowie dem Gegenüber
- Den Fokus auf die Ratsuchenden richten
- Schweigen respektieren (S. 23).

Systemisch-lösungsorientierter Ansatz: Gemäss Weber (2016) werden Klient_innen als Systeme angesehen, welche in Wechselwirkung zu ihrer Umwelt stehen (S. 16). Die Klient_innen lassen sich wiederum in verschiedene Systeme kategorisieren, welche wiederum in Wechselwirkung zu verschiedenen Systemen stehen. Namentlich ein Familiensystem, Schule, Gesellschaft etc. Dieser Blickwinkel ermöglicht sowohl den Einbezug wie auch die Abgrenzung unterschiedlichster Systeme (ebd.). Mit der Lösungsorientierung ist gemeint, dass der Fokus auf den wünschenswerten Zustand, die Lösung gelegt wird. Der Ansatz hierbei ist, dass jeder Mensch über Ressourcen verfügt, welche gestärkt werden können (Arist von Schlippe und Jochen Schweizer, 2016, S. 35). Weber (2016) beschreibt diesen Ansatz als befriedigend und erfolversprechend. Dadurch, dass die Ressourcen und Fähigkeiten der Klient_innen im Zentrum stehen, beschreibt sie eine motivierende Wirkung auf die Klient_innen (S. 16).

Systemisch lösungsorientierte Fragen: Nach von Schlippe und Schweizer (2016), gibt es zahlreiche systemisch lösungsorientierte Fragen, welche situationsadäquat eingesetzt werden können (S. 249-279). Irene Müller (2017) fasst zusammen, dass es folgende lösungsorientierte Fragen gibt: Fragen nach Veränderung, nach Ausnahmen vom Problem, Wunder-Fragen, Skalierungs-Fragen sowie Bewältigungs-Fragen (S. 1-4). Grundsätzlich gilt es, das Leid anzuerkennen und Positives zu bestärken (ebd.).

Selbstwirksamkeitserwartung und Lernen am Modell: Albert Bandura (1997, zit. in Karolina Urton, 2017) definiert die Selbstwirksamkeitserwartung als die Einschätzung einer Person über ihre persönlichen Fähigkeiten in Bezug auf die Bewältigung neuer oder schwieriger Anforderungssituationen (S. 2). Es geht um die Einschätzung über persönliche Handlungsmöglichkeiten. Diese haben einen Einfluss auf kognitive, motivationale, emotionale als auch aktionale Prozesse (ebd.). Personen mit einer höheren Selbstwirksamkeitserwartung begreifen die Lösung schwieriger Aufgaben eher als Herausforderung, nehmen grössere Anstrengung auf sich und zeigen mehr Ausdauer bei der Bewältigung von Aufgaben (S. 3). Bandura (1997, zit. in Urton, 2017) beschreibt, dass **eigene Erfolgserfahrungen** den grössten

Einfluss auf die Selbstwirksamkeitserwartung einer Person haben (S. 3). Als zweitgrössten Einflussfaktor beschreibt er stellvertretende Erfahrungen, also wenn eine Person ein Verhaltensmodell beobachten kann (ebd.). Für die Zusammenarbeit mit Patient_innen ist es demnach sehr wichtig, dass sie ihre eigenen und Fähigkeiten entwickeln können, soweit es der Gesundheitszustand erlaubt. Zudem können Sozialarbeitende in manchen Situationen als Verhaltensmodell fungieren, beispielsweise beim Einholen von Informationen im Beisein der Patientin.

5.4.2. Spezifische Konzepte und Methoden

Beziehungstyp: Frau B. ist nach Peter De Jong und Insoo Kim Berg (2002, zit. in Daniel Kunz, 2017) dem Auftragsmuster einer Kundin zuzuordnen (S. 1-3). Demnach sieht sich die Patientin selber in der Verantwortung und es kann «neugierig erkundet» werden, welche verschiedenen Lösungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. So findet die Patientin heraus, was sie tun darf / kann / mag / muss / soll / will. Die Beraterin gibt Bestätigung für das, was gut läuft und Rückschläge werden gemeinsam durchgestanden (ebd.).

Struktur der Beratung: Laut Esther Weber (2016) ist zu Beginn der Beratung eine Krisenintervention angezeigt, da sich die Patientin aufgrund ihrer verlustreichen Situation in einer Krise befindet (S. 81-82). Demnach gilt es, als erstes die unmittelbar dringenden Anliegen zu klären. Die weniger dringenden Anliegen können zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen (ebd.). Bei Frau Breitner verhält es sich so, dass sie als erstes ihre finanzielle Situation und ihre emotionale Last besprechen will. Zudem gibt es dringende administrative Pendenzen. Im weiteren Verlauf der Beratung kommen Themen der Freizeitgestaltung vermehrt zum Zuge.

Ressourcenaktivierung: Helmut Pauls (2013) Beschreibt die Ressourcenaktivierung, welche von Therapeut_innen sowie von Beratenden angewendet werden kann (S. 151). Die Ressourcenperspektive zeigt eine Herangehensweise, Probleme zu bearbeiten. Es geht einerseits um die Zuwendung der Beraternen zu Stärken, Fähigkeiten, Möglichkeiten und Motivationen, also den «positiven Seiten» der Patient_innen, sodass diese sich weniger auf ihre negativen, problematischen Seiten reduzieren. Dies wirkt der Demoralisierung entgegen und wertet das Selbst der Patient_innen auf. Gerade in der Zusammenarbeit mit Depressiven kann dies sehr wertvoll sein, da Selbstabwertung oftmals zu den Symptomen einer Depression gehört (vgl. Kapitel 4.2). Zudem erleichtert die vermehrte Zuwendung zu den jeweiligen Stärken und anderen positiven Seiten das Erlernen neuer Bewältigungsstrategien (ebd.).

Depressionsspezifisches Interventionswissen: Im Folgenden wird auf die psychosoziale Beratung durch Sozialarbeitende adaptiert, was Daniel Hell (ohne Datum) über psychotherapeutische Verfahren mit guten nachgewiesenen Behandlungserfolgen im Allgemeinen schreibt (S. 23). Es geht darum, das

negative Selbstkonzept depressiver Menschen abzubauen und das Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten zu stärken. Es gilt, nicht zu versuchen, Patient_innen ihre momentane Leistungseinbusse oder ihre gedrückte Stimmungslage ausreden zu wollen. Vielmehr geht es im Zuge einer **stufenweisen Aktivierung** darum, von der momentanen depressiven Blockade auszugehen und herauszuarbeiten, was trotz dieser Einschränkung noch möglich ist (ebd.). Birgit Hofmann und Nicolas Hofmann (2000, zit. in Georg Adler, 2005) stellen dazu fünf Punkte vor, welche zu beachten sind.

- Die Aktivitäten nicht mit übermäßigem Kraftaufwand und Anstrengung erzwingen.
- Eine Präzise Hinführung, Vorbereitung und Besprechung der Aktivitäten durchführen.
- Eine schrittweise Begleitung bei der Ausführung der Aktivitäten in Form von Besprechungen, Rekapitulationen und Problemlösen.
- Es ist auf Anzeichen von Überforderung zu achten.
- Die Komplexität der Aufgaben im Sinne von gestuften Aufgaben steigern (S. 68).

5.4.3. Stärkung des Kohärenzsинns

Im Folgenden wird anhand des Fallbeispiels darauf eingegangen, wie eine Stärkung des Kohärenzsинns durch Sozialarbeitende aussehen könnte. Zu diesem Thema gibt es erst sehr wenig Literatur. Es handelt sich im folgenden Unterkapitel um Vorschläge der Autorin, basierend auf den vorangegangenen theoretischen Überlegungen aus Kapitel 2, dem Auftrag klinischer Sozialarbeit in Kapitel 3.3, den Methoden und Konzepten in Kapitel 5.4.1 und 5.4.2 sowie basierend auf Erfahrungswissen der Autorin, welches laut Gregor Husi (2015) Platz finden darf im Wissen Praxis Transfermodell (S. 10).

Der Kohärenzsинn wird durch die Stärkung von Ressourcen erreicht (vgl. Abbildung 3), was die zentrale Aufgabe Sozialer Arbeit ist (vgl. Kapitel 3.3). Dies wird im Folgenden verdeutlicht. Darüber hinaus kann nach Gabriel Schärer und Meier Magistretti (2019) das Konzept des Kohärenzsинns als Orientierung dienen, die Verstehbarkeit, die Handhabbarkeit und die Bedeutsamkeit der Patientin in Bezug auf ihre Lebenswelt zu stärken (S. 227). Ein Versuch, das Beratungssetting daran orientiert zu gliedern unternimmt die Autorin weiter unten in diesem Unterkapitel. Zudem schlägt die Autorin vor, das Beratungssetting an sich so zu gestalten, dass es von der Patientin als verstehbar, handhabbar und bedeutsam erlebt wird. Weiter stellt sie ein Instrument vor, welches zur Stärkung des Kohärenzsинns beitragen kann. Abgerundet wird dieses Unterkapitel durch eine Skalierungsfrage, welche die Stärkung des Kohärenzsинns zum Ziel hat.

Die Stärkung von Ressourcen: In Kapitel 5.1 wurden Themen definiert, welche die Patientin und die Sozialarbeiterin gemeinsam bearbeiten. Aus diesen Themen wird ersichtlich, dass unterschiedliche Ressourcen adressiert werden. Im Folgenden werden diese Themen mit dem Konzept der generalisierten Widerstandsressourcen verbunden. Es wird ersichtlich, dass nicht alle Ressourcen einen gleich starken Bezug zum Aufgabengebiet der Sozialen Arbeit respektive der klinischen Sozialarbeit in einer stationären Psychiatrie aufweisen. Aufgrund bio-psycho-sozialer Zusammenhänge und Wechselwirkungen sind sie jedoch nicht trennscharf voneinander abzugrenzen (vgl. Kapitel 2.1 sowie 3.1). Grundsätzlich werden Ressourcen dadurch gestärkt, indem sie für Patient_innen nutzbar gemacht werden (vgl. Kapitel 2.3.2). Diesbezüglich gibt es keine abschliessende Aufzählung. Untenstehend werden einige Beispiele mit Bezug zu dem Fallbeispiel aufgezeigt.

- **Materielle Ressourcen** können gestärkt werden, indem versucht wird, die finanzielle Situation von Frau Breitner zu stabilisieren. Darunter fallen Themen wie die Vereinbarung von Ratenzahlungen mit Gläubigern und die Einhaltung der Mitwirkungspflicht im Hinblick auf Leistungen aus Sozialversicherungen. Dazu sind seitens Sozialarbeiterin sozialversicherungsrechtliche und administrative Kenntnisse und Fähigkeiten zentral. Zudem weisen Themen wie die Wohnsituation der Patientin und der Verlust ihrer Arbeitsstelle und Unsicherheiten hinsichtlich künftigen Arbeitsstellen Bezüge zu materiellen Ressourcen auf. Mittels klärender Gespräche und situationsadäquater Hilfestellungen der Sozialarbeiterin können diese Ressourcen gestärkt werden.
- **Kognitive Ressourcen** der Patientin können gestärkt werden, indem sie Erklärungen und Hilfestellungen der Sozialarbeiterin erhält. Beispielsweise indem administrative Vorgänge erklärt werden. In ihrem Fall bedarf es Informationen darüber, ob und wie Ratenvereinbarungen für fällige Rechnungen vereinbart werden können. Überdies werden der Patientin zu gegebener Zeit bestimmte Abläufe und Funktionsweisen im Internet erklärt. Auskünfte über relevante rechtliche Belange, wie beispielsweise ihre Mitwirkungspflicht bei der IV, können erteilt werden. Zu den kognitiven Ressourcen gehört zudem, dass die Patientin nachhaltiges Wissen erlangt, wie sie selbstständig an Informationen gelangen kann. Aus dem Berufskodex von Avenir Social (2010) geht hervor, dass Soziale Arbeit jene Veränderungen zu fördern hat, welche die Menschen unabhängiger werden lassen, auch von der Sozialen Arbeit (S. 6).
- **Emotionale Ressourcen** könnten für Frau Breitner Gespräche über ihre Belastungen und ihre Situation im Allgemeinen sein, in welchen sie seitens Sozialarbeiterin emotionalen Beistand erhält. Das Leiden der Patientin wird ernstgenommen und anerkannt. Sie erhält mitfühlenden Zuspruch von der Sozialarbeiterin und Empathie, Kongruenz und Akzeptanz. Somit könnte sie

erfahren, dass sie unabhängig von ihrem Zustand wertgeschätzt wird. Dies könnte der depressionsbedingten Selbstabwertung entgegenwirken. Krisen können in Worte gefasst werden, was angstmildernd wirken kann. Zudem erhält die Patientin stellvertretende Hoffnung, wenn sie selbst keine aufbringen kann. Zuspruch von der Sozialarbeiterin kann helfen, dass die Patientin mehr Mut aufbringen kann, um wichtige (z.B. administrative) Dinge anzugehen. Eine eher direkte Art der Sozialarbeiterin kann in akuten Krisen entlastend wirken. Seitens Beraterin ist Echtheit eine zentrale Haltung und eine adäquate Prise Humor kann in manchen Situationen auflockernd und angstmildernd wirken.

- **Werte und einstellungsbezogene Ressourcen** indem die Patientin Klarheit in Bezug auf ihre Bedürfnisse, Werte und Einstellungen erlangt. Diesbezüglich wird die Patientin von der Sozialarbeiterin ermutigt, sich Gedanken zu machen. Für Frau Breitner bedeutet dies beispielsweise, Klarheit über ihre Freizeitgestaltung zu erlangen, welche sie selbst als «leere Zeit» beschreibt. Frau Breitner findet heraus, dass sie sich vorstellen kann, Freiwilligenarbeit zu leisten, dass sie gerne zeichnet, dass sie Freundinnen und Freunde vermehrt besuchen und anrufen kann, und sich einer Bewegungsgruppe anschließen möchte. Nach und nach kann sie ihre Ideen verwirklichen. Punctuell wird sie von der Sozialarbeiterin unterstützt.
- Eine **interpersonale Ressource** kann die Beziehung zu der Sozialarbeiterin sein. Zudem können weitere interpersonale Ressourcen gefördert werden, indem die Patientin vermehrt den Kontakt zu anderen Menschen pflegt. Diesbezüglich wird sie bei Bedarf in der Umsetzung unterstützt, ihre Ideen zu verwirklichen, über welche sie (nun) als werte- und einstellungsbezogene Ressourcen verfügt. Beispielsweise das Ausloten von Möglichkeiten der Kontaktaufnahme seitens Patientin.

Dies waren die Ressourcen, welche im Beratungssetting häufig adressiert wurden. Es folgen die restlichen generalisierten Widerstandsressourcen, welche im Beratungssetting seltener adressiert werden.

- **Physiologische Ressourcen** können in diesem Setting vor allem indirekt gefördert werden, beispielsweise mittels Unterstützung bei der Anmeldung zu der Bewegungsgruppe. Direkt könnte die physiologische Ressource gestärkt werden, indem der Patientin angeboten wird, Gespräche auf einem Spaziergang zu führen, wenn diese dazu geeignet sind.
- **Biochemische Ressourcen** können allenfalls gefördert werden, wenn Aktivitäten an der frischen Luft gefördert werden.
- **Makrokulturelle Ressourcen** haben aus sozialarbeiterischer Sicht immer einen Einfluss, werden jedoch in diesem Setting höchstens indirekt adressiert.

Für Sozialarbeitende kann diese erweiterte Ressourcenperspektive zu einem vertieften Verständnis beitragen, dass Menschen auf unterschiedliche Art und Weise unterstützt werden können, ein Mehr an Ressourcen zu verzeichnen.

Da es nicht die Ressourcen selbst sind, welche zur Stärkung des Kohärenzsinn beitragen, sondern die Erfahrungen, welche Personen damit machen, kann von «Aussenstehenden» kein direkter Einfluss auf den Kohärenzsinn genommen werden (vgl. Abbildung 4 in Kapitel 2.3.2). Es können jedoch Hinweise beachtet werden, was die Gestaltung des Beratungssettings angeht, welche einer Stärkung des Kohärenzsinn auf seinen drei Ebenen zuträglich sein könnte. Zudem wird im Folgenden aufgezeigt, wie das Konzept des Kohärenzsinn zu einer Fokussierung beitragen kann, wie die Sozialarbeiterin die Patientin darin unterstützen kann, ihre Lebenswelt als verstehbar, handhabbar und bedeutsam wahrzunehmen.

Die **Verstehbarkeit** kann in Bezug auf das Beratungssetting gestärkt werden, indem grundsätzlich in jedem Gespräch mit der Patientin adressat_innengerechte Sprache angewendet wird. In einem Beratungssetting ist grundsätzlich eine einfache, alltägliche Sprache der allgemeinen Verstehbarkeit zuträglich. Grundsätzlich sind Transparenz und eine klare Kommunikation angezeigt. Eine adäquate Rollenklärung trägt dazu bei, dass die Patientin versteht, wer vor ihr sitzt. Aufgrund der Auftragsklärung und der gemeinsamen Zielsetzung kann sie kognitiv erfassen, was Sinn und Zweck des Settings ist. Da sich der Auftrag verändern kann, ist die Auftragsklärung resp. Zielsetzung jeweils zu aktualisieren.

In Bezug auf die Lebenswelt der Patientin kann vor allem die Stärkung kognitiver Ressourcen genannt werden, welche das *Verstehen* der Patientin in diversen Bereichen begünstigen. Einerseits können hierunter Erklärungen der Sozialarbeiterin während der Beratung genannt werden, andererseits das *nachhaltige* Erlernen von Strategien, *wie* die Patientin an Informationen gelangen kann. Dieses Wissen kann sie nach dem Klinikaustritt in ihrem Alltag anwenden. Indirekt gehört auch die Stärkung der emotionalen Ressourcen dazu, namentlich, dass die Patientin den Mut aufbringt, für sich und ihre Anliegen einzustehen und sich dadurch traut, ihre Fragen und Anliegen zu äussern. Dazu wird die Patientin seitens Sozialarbeiterin ermutigt.

Die **Handhabbarkeit** in Bezug auf das Beratungssetting kann gestärkt werden, indem die jeweiligen Gespräche wenn möglich flexibel angepasst werden. Bei einer akuten Verschlechterung der Befindlichkeit könnte das Gespräch beispielsweise verschoben oder verkürzt werden. Jeweilige Pendenzen sind in Pakete zu bündeln, welche von der Patientin bewältigt werden können (vgl. gestufte Aktivierung Kapitel 5.4.2).

In Bezug auf die Handhabbarkeit der Lebenswelt der Patientin können Handlungsspielräume erarbeitet und aufgezeigt werden. Situationsabhängig können konkrete Strategien besprochen werden. Von der

Sozialarbeiterin können aktive Hilfen geleistet werden, beispielsweise in Form von Abklärungen oder Trainings. In Anbetracht an Banduras Selbstwirksamkeitsüberzeugung ist es wichtig, dass die Patientin sich selbst als handelndes Individuum erlebt. Das Beratungssetting bietet hier zahlreiche Übungsmöglichkeiten. Eine nachhaltige Vernetzung ist zudem angezeigt, denn auch «legitimierte andere» tragen dazu bei, dass Betroffene ihr Leben als handhabbar wahrnehmen (vgl. Kapitel 2.3.2). Überdies ermöglicht ein Austausch über Ressourcen auf Augenhöhe, dass diese besser nutzbar gemacht werden können (vgl. Kapitel 2.3.2). Dazu sind soziale Kontakte hilfreich. Diesbezüglich ist die Stärkung von interpersonellen Ressourcen angezeigt.

Um die **Sinnhaftigkeit** der Beratung zu stärken, ist eine Orientierung an den Zielen der Patientin und den Zielen resp. dem Auftrag der Sozialarbeiterin ratsam (vgl. Tabelle 6). Weiter kann die Bedeutsamkeit als Richtschnur dienen, die Motivation der Patientin herauszuarbeiten. Die Bedeutsamkeit ist laut Antonovsky die motivationale Komponente des Kohärenzsinn (vgl. Kapitel 2.3.2). Dies beeinflusst sowohl das Beratungssetting als auch die Lebenswelt der Patientin.

In Bezug auf die Lebenswelt der Patientin kann die Sinnhaftigkeit gestärkt werden, indem Bedeutungen thematisiert werden. Indem beispielsweise langfristige Konsequenzen besprochen werden, kann herausgearbeitet werden, welchen Sinn es haben kann, auch ungeliebte Tätigkeiten auszuführen. So kann die Patientin entscheiden, was für sie von grösster Bedeutung ist. Um die Ebene der Bedeutsamkeit zu stärken könnte überdies das Instrument angewendet werden, welches im Folgenden vorgestellt wird.

Bedürfnis nach Konsistenz, ein von der Autorin entwickeltes Instrument: Im Folgenden wird ein Instrument vorgestellt, welches die Autorin entwickelt hat und noch weiterentwickelt. Im Rahmen einer Forschungsarbeit könnte es auf seine Wirksamkeit hin überprüft werden.

Ausgangslage: Wie aus der Literatur, dem Erfahrungswissen der Autorin sowie aus dem Fallbeispiel hervorgeht, befinden sich Ratsuchende oftmals in komplexen Situationen, in welchen unterschiedliche Ansprüche an sie gestellt werden. Zudem können sie auch innerlich verwirrt oder verunsichert sein, beispielsweise wenn Kopf, Herz und Bauch divergierende Bedürfnisse hegen. Diese Unklarheit kann zu Ambivalenz, Inkonsistenz und / oder Handlungsunfähigkeit führen, weil schlichtweg unklar ist, was getan werden soll, darf, mag, kann, muss oder will. Handlungsfähigkeit kann durch Klarheit begünstigt werden. Auf dieser Basis funktioniert das Instrument.

Ziel: Interne und externe, teils divergierende Motivationen können bewusstgemacht werden. Das unten abgebildete Instrument soll in einer Beratung dazu beitragen, dass Ratsuchende einen Überblick über die eigenen Bedürfnisse und Ansprüche erhalten und dass ein themenspezifischer Überblick über

relevante Ansprüche von aussen gewonnen werden kann. Unterschiedliche Ansprüche und teils diffuse Bedürfnisse sollen ans Licht kommen. Dank der Möglichkeit der Visualisierung von Bedürfnissen und Ansprüchen kann nebst der ratsuchenden auch die beratende Person einen Überblick über die Lage der Ratsuchenden erhalten.

Es kann dann eingesetzt werden, wenn sich eine Person als inkonsistent oder ambivalent wahrnimmt, oder die eigenen Bedürfnisse nicht mit den Ansprüchen von Aussenstehenden übereinstimmen und die betroffene Person gerne ihre Möglichkeiten auf verschiedenen Ebenen ausloten würde. Das Instrument kann in dieser oder in reduzierter Form in unterschiedlichen Beratungssettings genutzt werden. Ob und zu welchem Zeitpunkt das Instrument eingesetzt wird, kann von der ratsuchenden und der beratenden Person gemeinsam abgesprochen werden. In einer akuten Krisensituation ist es nicht angebracht, da es zu einer unnötigen Überforderung führen könnte.

Der Grundgedanke ist, dass jede Person unterschiedliche Pole in sich trägt und je nach Situation unterschiedlich „ist“, unterschiedliches will, fühlt etc. Ähnlich dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum trägt jede Person Pole in sich, und befindet sich je nach Situation näher am einen oder anderen Pol. Solche Pole können beispielsweise „mutig“ und „ängstlich“ sein. So ist jede_r mal ängstlich und mal mutig, mal unsicher und mal sicher. Welche Pole das sind, wird von der ratsuchenden Person mit allfälliger Unterstützung der beratenden Person bestimmt. Erschwerend kann hinzukommen, dass das Herz sich eher am einen Ende eines Pols befinden kann und der Kopf am anderen. Es kann hinderlich sein, sich selbst als „verschieden“ resp. inkonsistent oder ambivalent wahrzunehmen. Eine Depression, eine Sucht oder andere Faktoren können zudem einen starken Einfluss haben.

Darüber hinaus werden teils divergierende Ansprüche von relevanten Aussenstehenden an eine Person gestellt. Solche können beispielsweise vom Partner, der Partnerin kommen, den Kindern, gesellschaftlichen Normen und Werten, gesetzliche Rahmenbedingungen etc. All dies kann situationsabhängig auf eine Person einwirken und zu Verwirrung und schliesslich zur Handlungsunfähigkeit oder als unbefriedigend erlebten Handlungen führen. Da solche Ansprüche und Bedürfnisse nicht immer offenkundig und bewusst vorhanden sind, also eher diffus Verwirrung stiften können, kann es hilfreich sein, diese mittels Visualisierung darzustellen und bewusst zu machen. Auf dieser Basis kann in einer Beratung über die Bedürfnisse und Ansprüche gesprochen werden, Ambivalenzen können geklärt werden, die ratsuchende Person kann vielleicht besser entscheiden, welchen Bedürfnissen und Ansprüchen sie eine höhere Bedeutung beimessen will (allfällige Problemeinsicht). Auf dieser Basis könnten in einem anderen Schritt Handlungsmöglichkeiten ausgelotet werden.

Anleitung: Auf ein Papier zeichnet man eine oder mehrere Linien. Es können auch andere Medien verwendet werden, Schnüre, die auf den Boden gelegt werden, oder was immer sich anbietet. Jede Linie symbolisiert ein Kontinuum. Am einen und am anderen Ende der Linien befinden sich die gegensätzlichen Pole. Welche Pole für die Beratung relevant sind, wird gemeinsam mit der ratsuchenden Person festgelegt. Es könnte beispielsweise der Pol „sicher“ und „unsicher“ definiert werden in Bezug auf ein Thema oder „Alkoholkonsum aufgeben“ und „Alkoholkonsum weiterführen“, Beziehung zu einer Person beenden oder weiterführen, „Umzug in eine andere Stadt“ und „am aktuellen Wohnort verbleiben“, abhängig von dem Thema, den Themen, mit welchen eine Person in die Beratung kommt oder in der Beratung erschliesst. Im Anschluss geht es darum, mit der Unterstützung der Beratungsperson, Symbole näher am einen oder am anderen Ende der Pole einzutragen, hinzulegen, anzukleben oder die Person könnte sich auch körperlich im Raum auf ihrem Kontinuum positionieren und sich vom einen zum anderen Pol bewegen. Die Symbole können beispielsweise für „innere Motivationen“ oder „äussere Motivationen“ stehen. Als innere Motivationen könnte allenfalls Kopf, Herz, Trieb und Bauch unterschieden werden, einfach das, was für die Person passend ist. Als äussere Motivationen könnten beispielsweise relevante Personen aus dem Umfeld der Person, gesetzliche Normen oder gesellschaftliche oder religiöse Werte und Normen unterschieden und verwendet werden. Grundsätzlich gilt es seitens Beratungsperson, eine Balance zu finden, einerseits das Repertoire an Denk- und Handlungsmustern einer Person zu beleuchten, bewusst zu machen und allenfalls zu erweitern, und andererseits Dinge nicht unnötig kompliziert zu machen und die Handlungsunfähigkeit zu vergrössern.

Nachfolgend ist ein mögliches Beispiel abgebildet. Das Instrument (Tabelle 7) hat links und rechts die jeweiligen Pole. Die Tabelle darunter (Tabelle 8) zeigt Beispiele möglicher Symbole. Die Symbole stehen für Motivationen, welche gemeinsam mit der ratsuchenden Person gesammelt und näher am einen oder anderen Pol eingetragen werden können. Sowohl die Pole als auch die Symbole sind inhaltlich wie optisch der ratsuchenden Person sowie der Situation anzupassen.

Beispiel für die Visualisierung der unterschiedlichen Pole, welche gemeinsam mit der Ratsuchenden Person definiert werden

Pol									Pol
sicher									unsicher
Umziehen in eine an- dere Stadt									Am aktuel- len Woh- nort bleien
Konsum aufgeben									Weiter konsumie- ren
Ja	%						O		Nein

Tabelle 7: Beispiel für die Visualisierung der unterschiedlichen Pole, welche gemeinsam mit der Ratsuchenden Person definiert werden (Quelle: eigene Darstellung)

Beispiele für die Symbole, welche gemeinsam mit der ratsuchenden Person definiert werden, um sie auf dem Kontinuum oder den Kontinuen einzutragen

Symbol	Intrinsische Motivation	Symbol	Extrinsische Motivation
%	Kopf (Kognition)	P	Partner_in
O	Bauch (Intuition)	E / K	Mutter / Vater / Kind_er
~	Herz (Emotion)		
		G / R / N	Gesetz / Religion / Normen
☞	Hand (Handlung)		

Tabelle 8: Beispiele für die Symbole, welche gemeinsam mit der ratsuchenden Person definiert werden, um sie auf dem Kontinuum oder den Kontinuen einzutragen(Quelle: eigene Darstellung)

Wichtig ist, dass die jeweiligen Pole sowie die intrinsischen und extrinsischen Motivationen beliebig ergänzt oder geändert werden. Je nach Problemstellung, macht etwas mehr oder weniger Sinn. Zudem ist alles Auslegungssache, wenn sich jemand fragt „wie soll das gemeint sein?“ gibt es nur eine richtige Antwort: so wie der/die Ratsuchende es versteht.

Wenn dies erledigt ist, wird ersichtlich, wo auf dem Kontinuum sich die Person befindet, respektive wo ihre verschiedenen Motivationen verteilt sind und wo sie die Ansprüche von aussen verortet. Der Vorgang kann natürlich beliebig oft wiederholt werden zu verschiedenen Zeitpunkten. Die ratsuchende Person kann sich nun überlegen, welcher „Motivation“ die höchste Priorität eingeräumt werden soll und, wenn noch nicht erfolgt, nach welchen Kriterien der/die Ratsuchende handeln will, welche Ziele sich ergeben, wie diese erreicht werden können, wo allenfalls Unterstützungsbedarf besteht, wie die Unterstützung angefordert werden kann, wo mögliche Schwierigkeiten sind und wie diesen begegnet werden könnte. In anderen Worten, das Instrument könnte ein fundierter Zugang zu einem allfälligen Veränderungsprozess sein.

Es ist auch denkbar, das Modell allenfalls in reduzierter Form, zu unterschiedlichen Zeitpunkten während eines Beratungsprozesses auszufüllen und so eine Entwicklung der/des Ratsuchenden während des Beratungsverlaufs sichtbar zu machen. Der Erfolg allfälliger psychoedukativer Methoden könnte beispielsweise sichtbar gemacht werden.

Bezug zum Kohärenzsinn: Die Verstehbarkeit könnte erhöht werden, indem eine Person für sich selbst und die Situation in welcher sie sich befindet ein erhöhtes Verständnis erarbeitet. Die Bedeutsamkeit kann herausgearbeitet werden, indem sich eine Person gemeinsam mit der beratenden Person überlegen kann, welchem Faktor die grösste Bedeutung beigemessen wird. Die Handhabbarkeit kann durch Klarheit erhöht werden, indem sich die ratsuchende Person klarer darüber ist, in welcher Situation sie sich befindet (Verstehbarkeit) und welche Bedeutung etwas für sie hat (Bedeutsamkeit). Auf dieser Basis und dank der Visualisierung, ist es auch für die beratende Person klarer, *wie* etwas für die ratsuchende Person *ist* und kann aufgrund dessen adäquatere Hilfestellung leisten. Aufgrund einer allfälligen Bewusstwerdung von Inkonsistenz können seitens Beratungsperson Situationen gefördert werden, in welchen sich die ratsuchende Person als konsistent erleben kann.

Vorteile des Modells

- Der Kohärenzsinn kann gestärkt werden.
- In Bezug auf jeweilige depressionsbedingte Katastrophenszenarien könnte es hilfreich sein, „auf den Boden zu kommen“ da Gedanken auseinandergenommen und in Relationen gebracht werden können. Dies könnte Ruhe und Klarheit bringen und der Handlungsfähigkeit zuträglich sein.
- Ziele werden nicht ausschliesslich aufgrund eines (defizitorientierten) Leidensdrucks definiert. Es ist ein Klärungsinstrument, welches vor dem Hintergrund des Verstehens funktioniert. Das Verstehen gibt einen ressourcenorientierten und salutogenen Zugang.
- Das Einzeichnen der Externalen Motivation visualisiert zirkuläre Fragen. Diese können beispielsweise die Problemeinsicht fördern (beispielsweise beim Thema Sucht).
- Es kann als Grundlage zur Klärung und Auslotung von Ambivalenzen herangezogen werden indem ausgelotet werden kann was die ratsuchende Person will und was andere Personen wollen.
- Ein Vorteil des Modells ist es, dass unterschiedliche Motivationen einen gleichberechtigten Platz erhalten. So erhalten auch „Stimmen“ Gehör, welche ansonsten allenfalls gerne übergangen werden, jedoch zu einer allfälligen Ambivalenz oder Inkonsistenz beitragen.
- Die Visualisierung kann dazu beitragen, dass Dinge besser in Erinnerung bleiben. Es kann beliebig gestaltet und ausgebaut werden. Aufgrund der Visualisierung kann sich die Beratungsperson besser in die ratsuchende Person hineinversetzen. Zudem ermöglicht die Visualisierung das Sichtbarmachen von Veränderungen und Entwicklungen der ratsuchenden Person.

Nachteile des Modells

- Es könnte ungeeignet sein für manche Ratsuchende. Seitens der ratsuchenden Person braucht es die Bereitschaft, etwas auszuprobieren, ein Vorhandensein von sprachlichen Fähigkeiten und eine gewisse Abstraktions- und Reflexionsfähigkeit und -bereitschaft und wahrscheinlich auch Geduld.
- Es könnte dazu führen, dass bei manchen Ratsuchenden die Ambivalenzen zwar verdeutlicht werden, dies jedoch mehr Verwirrung mit sich bringt als Klärung.

- Es ist nicht geeignet für Menschen in akuten Krisen.

Damit ist das Modell erklärt. Abgeschlossen wird der Teil der Handlungsplanung insbesondere jener der eigenen Kreationen der Autorin in Bezug auf die Stärkung des Kohärenzsinn mit einer Skalierungsfrage, welche sich am Konzept des Kohärenzsinn orientiert. Diese kann unterschiedlichen Situationen angepasst werden. Es wird jeweils nur A, B oder C einzeln gefragt.

«Auf einer Skala von 1-10: Wie

- A) Verstehbar
- B) Handhabbar
- C) Bedeutsam

ist dieser Sachverhalt für Sie?» Folgefrage: «Was bräuchten Sie, um in Bezug auf die

- A) Verstehbarkeit
- B) Handhabbarkeit
- C) Bedeutsamkeit

Eine Stufe höher zu steigen?»

Der genaue Wortlaut ist dem jeweiligen Setting anzupassen.

5.5. Intervention

Basierend auf den vorangegangenen vier Akten, also der Situationseinschätzung, der Situationsanalyse, der Zielsetzung und der Handlungsplanung erfolgt nun die tatsächliche Intervention resp. Prävention. Die Evaluation bildet nach Husi (2015, S. 4) keinen eigenen Schritt, da das Modell kreisförmig angeordnet ist, was bedeutet, dass die Intervention oder Prävention wiederum zu einer Situation führt, welche wiederum einer Situationseinschätzung unterzogen wird usw. Während des Prozesses wird zudem mit Zwischenevaluationen gearbeitet (ebd.).

Während der Beratungsphase werden die Ziele, welche im Rahmen einer gestuften Aktivierung in kleine, machbare Schritte und Pendenzen zerlegt werden, gemäss Handlungsplanung fortlaufend bearbeitet.

Die Beratungsphase endet in diesem Fall mit dem Austritt der Patientin aus der Klinik nach einem dreimonatigen Aufenthalt. Frau Breitner wird in Themen, welche in das Aufgabenfeld der Sozialen Arbeit

fallen, vom Sozialberatungszentrum SoBZ weiterbetreut, was die Patientin mit punktueller Unterstützung der Sozialarbeiterin organisieren konnte.

Laufende Zwischenevaluationen tragen dazu bei, dass der Handlungsplan und die Zielsetzung angepasst werden können. Dies geschieht aufgrund von veränderten Anforderungen aus der Umwelt sowie aufgrund von Veränderungen von Voraussetzungen bei der Patientin. Solche veränderten Voraussetzungen können beispielsweise aufgrund von Schwankungen des Gesundheitszustandes auftreten oder aufgrund von prozesshaft veränderten Wünschen und Vorstellungen der Patientin.

5.6. Herausforderungen

Eigene Erfahrungen: Da es stets die eigenen Erfahrungen sind, welche Patient_innen mit Ressourcen machen (müssen), ist es für Beratungspersonen nicht möglich, die Wirkung von Ressourcen, welche diese auf die Person haben, zu erleben. Seitens Beratungsperson kann anhand von Reaktionen und Interaktionen abgeschätzt werden, wie etwas für die Patient_in wirkt. Die Beratungsperson kann es jedoch nie mit 100-prozentiger Sicherheit wissen. Eine weitere Gefahr ist, dass diese Diskrepanz, diese teils unterschiedlichen Empfindungen und Ansichten gar nicht bemerkt werden. Seitens Beratungsperson kann hier Selbstreflexion hilfreich sein, um die eigenen von den anderen Vorstellungen besser trennen zu können. So können diese besser eingeordnet werden und der Umgang damit wird erleichtert.

Balance zwischen Schonen und Fördern in der Beratung: Was zum jeweiligen Zeitpunkt der stufenweisen Aktivierung nach Hell (2018) möglich ist, kann sich laufend verändern (S. 205). Die Gründe für solche Schwankungen und Veränderungen können zahlreich sein und zeigen sich nicht immer offenkundig.

Schwankungen und Rückschläge: Immer wieder kann es aus unterschiedlichen Gründen zu Rückschlägen und weiteren Belastungen kommen. Die Symptome der Depression können an manchen Tagen stärker oder schwächer ausfallen. Im Zuge einer stufenweisen Aktivierung ist Flexibilität und Geduld gefragt, um schwierigen Situationen zu begegnen.

Hindernisse bezüglich Kommunikation: Es ist denkbar, dass sozial erwünschte Antworten gegeben werden, obschon der / die Patient_in sich nicht dementsprechend fühlt. Beispielsweise wenn Patient_innen sagen, dass sie etwas «problemlos» erledigen können, es für sie jedoch in Wahrheit grossen Stress bedeutet, welcher sich wiederum eher schädlich auswirken kann. Es ist möglich, dass Patient_innen lügen, beispielsweise aus Gründen der Scham. Es gibt inkongruente Nachrichten, das heisst, wenn Tonfall und Mimik nicht mit dem Inhalt der Nachricht übereinstimmen (Friedmann Schulz von Thun,

2015, S. 39). Nach Schulz von Thun (2015) kann dies an innerer Verwirrung «des Senders» liegen (S. 43). Damit sind nur wenige mögliche Hindernisse in der Kommunikation angesprochen.

Es gibt zahlreiche Möglichkeiten, herauszufinden, was zum jeweiligen Zeitpunkt einer Beratung möglich ist und was nicht. Beispielsweise ob die Patientin im Rahmen einer Stärkung der Selbstwirksamkeit und der stufenweisen Aktivierung etwas selbstständig tun kann. Naheliegend ist es, dies im Gespräch herauszufinden. Zentral ist hierbei eine gute Beziehung. Nach Elke Brusa (2019) ist Geduld und Sensibilität seitens Beratungsperson zentral (S. 44). Sensibilität kann beispielsweise helfen, die oben aufgeführten Hindernisse in der Kommunikation zu bemerken und adäquat reagieren zu können.

Bengt Lindström (zit. in Claudia Meier Magistretti, Anastasia Topalidou & Franziska Meinecke, 2019) schlägt den Begriff «**Sinn FÜR Kohärenz**» vor (S. 119). Bei diesem neuen und «noch nicht ausgereiften» Konzept innerhalb der Salutogenese geht es darum, welche Fähigkeiten von Professionellen es ihnen ermöglichen, den Kohärenzsinn der Menschen zu stärken, für welche sie arbeiten. Der Sinn FÜR Kohärenz umfasst die Fähigkeit, erfassen zu können, was in einer Person, einer Gruppe oder einem System vorgeht (ebd.). Ein starker Sinn FÜR Kohärenz ist aus Sicht der Autorin wahrscheinlich hilfreich, um zu merken, was zu welchem Zeitpunkt förderlich für die Patientin ist.

In diesem Kapitel wurde Handlungswissen generiert. Als nächstes und letztes Kapitel folgt das Schlusswort.

6. Schlusswort

Das letzte Kapitel vorliegender Arbeit beinhaltet das Schlusswort. Darin wird die Fragestellung überprüft, ein persönliches Fazit gezogen und ein Ausblick über weitere mögliche Themen gegeben.

6.1. Überprüfung der Fragestellung

Die übergeordnete Fragestellung lautet:

- **Wie können Patient_innen mit einer Depression mittels ressourcenorientierter Beratung durch klinisch Sozialarbeitende und der Orientierung am Konzept des Kohärenzsинns unterstützt werden?**

Menschen mit einer Depression können von klinisch Sozialarbeitenden mittels ressourcenorientierter Beratung und der Orientierung am Konzept des Kohärenzsинns auf vielfältige Weise unterstützt werden. Dazu ist theoretisches Wissen, Professionswissen, störungsspezifische Wissen und Handlungswissen hilfreich. Diese vier Aspekte werden jeweils mittels einer separaten Frage bearbeitet, welche im Folgenden beantwortet werden.

Die Frage zu dem ersten Teilaspekt lautet:

- **Auf welche grundlegenden Theorien und Konzepte ausserhalb der Sozialen Arbeit kann Bezug genommen werden, um eine theoretische Rahmung zu erhalten für die Beratung durch Sozialarbeitende von Menschen mit einer Depression? (Theoriewissen)**

Diese Frage zum theoretischen Bezugswissen wurde in Kapitel 2 ausführlich beantwortet. Aus Sicht der Autorin bieten sich drei Theorien ausserhalb der Sozialen Arbeit besonders an um eine theoretische Rahmung für die Beratung durch Sozialarbeitende von Menschen mit einer Depression zu erhalten. Deren zentrale Aussagen werden im Folgenden zusammenfassend erläutert und in Bezug zur klinischen Sozialarbeit gesetzt.

Wissen um bio-psycho-soziale Wechselwirkungen können mittels des **bio-psycho-sozialen Modells von George L. Engel** (1977, zit. in AAAS, 2020) bewusstgemacht werden. Aus diesem Modell (siehe Abbildung 1) geht hervor, dass sich die biologische, die psychologische und die soziale Ebene beeinflussen und alle einen Einfluss auf die psychische Gesundheit respektive Krankheit haben (ebd.). Aus Sicht der Autorin kann aus diesem Modell die Relevanz der Einbindung der sozialen Dimension in den Behandlungsprozess von Menschen mit einer psychischen Erkrankung abgeleitet werden; da nicht nur

biologische und psychologische, sondern auch soziale Faktoren die psychische Gesundheit resp. Krankheit beeinflussen. Dies deckt sich mit der von Sommerfeld et al. (2016) beschriebenen «strukturellen Kopplung» der psychischen und der sozialen Prozesse (S. 7).

Die Autorin schlussfolgert daraus, dass die Einbindung der sozialen Dimension in den Behandlungsprozess von Menschen mit einer psychischen Erkrankung (durch Sozialarbeitende) überaus wichtig ist. Dies wiederum kann als Grundlage für die Legitimation der Sozialen Arbeit in Psychiatrien und anderen Berufsfeldern dienen. Denn das Modell kann zudem den Blick von Sozialarbeitenden schärfen, sodass vermehrt ein Augenmerk auf die Wechselwirkungen zwischen sozialen Einflussfaktoren und der Gesundheit der Angebotsnutzenden gelegt wird.

Unter Berücksichtigung des Stressmodells von Lazarus (1980) wird ersichtlich, dass nicht nur biologische, psychologische und soziale Faktoren eine Rolle spielen, sondern vor allem die individuelle Bewertung (S. 214). Sowohl die individuelle Bewertung der Ereignisse (primäre Bewertung) als auch die Bewertung der scheinbar vorhandenen Bewältigungsstrategien und -möglichkeiten (sekundäre Bewertung) haben einen Einfluss auf die Entstehung und die Verarbeitung von Stress (siehe Abbildung 2). Gemäss Lazarus (1980) haben die Bewältigungsprozesse gar einen grösseren Einfluss auf die Lebensmoral, soziale Anpassung, und Gesundheit/Krankheit als die Schwere und Häufigkeit von Stressepisoden an sich (S. 241). Für die Soziale Arbeit lässt sich daraus ableiten, dass es lohnenswert ist, mit ihrer Klientel am Gleichgewicht zwischen stressrelevanten Faktoren (z.B. belastende Faktoren aus der Umwelt) und Bewältigungsstrategien zu arbeiten. Dies kann einerseits geschehen, indem Umgebungsfaktoren angepasst werden und andererseits indem an Bewältigungsstrategien gearbeitet wird, wie in Kapitel 3 und 5 aufgezeigt wird.

Die **Theorie der Salutogenese von Antonovsky** (1987/1997) untersucht, welche Faktoren dazu beitragen, belastende Ereignisse erfolgreich zu bewältigen (S. 29-30). Sie kann ebenfalls als Bezugstheorie herangezogen werden. Die Soziale Arbeit und die Theorie der Salutogenese haben nach Gabriel Schärrer und Meier Magistretti (2019) zahlreiche Gemeinsamkeiten. Namentlich das Menschenbild, die Förderung von Ressourcen und die Verbesserung der Lebensqualität.

Die Salutogenese umfasst 2 zentrale Konzepte. Einerseits jenes der generalisierten Widerstandsressourcen und andererseits jenes des Kohärenzsinns. Damit kann sie Orientierung verschaffen in der ressourcenorientierten Beratung von Menschen mit einer Depression durch klinisch Sozialarbeitende. Beispielsweise so, wie die Autorin dies vorschlägt in Kapitel 5.4.3 und im Rahmen der Beantwortung der letzten Teilfrage zusammenfassend erläutert.

Gemäss Lindström (2019) ist die Entwicklung des Kohärenzsinn ein lebenslanger Lernprozess. Daraus lässt sich ableiten, dass es möglich ist, an einer Stärkung des Kohärenzsinn zu arbeiten.

Der Kohärenzsinn bildet sich aus Erfahrungen mit generalisierten Widerstandsressourcen und hat wiederum einen Einfluss auf das jeweilige Ressourcenmanagement (siehe Abbildung 3). Daraus ist abzuleiten, dass die Arbeit an den jeweiligen Ressourcen einen Einfluss auf den Kohärenzsinn hat. Dies wurde in Kapitel 5, insbesondere Kapitel 5.4.3 näher untersucht. In der Beantwortung der Frage zum vierten Teilaspekt wird vertieft darauf eingegangen.

Dies war die Beantwortung des ersten Teilaspekts, jenem des theoretischen Bezugswissens. Der zweite Teilaspekt widmet sich dem Professionswissen und wird im Folgenden beantwortet.

Die Frage zu dem zweiten Teilaspekt lautet:

- **Was ist der Auftrag klinischer Sozialarbeit im spezifischen Feld der Beratung mit depressiven Patient_innen im Setting einer stationären Psychiatrie? (Professionswissen)**

Die Unterstützung durch klinisch Sozialarbeitende besteht vorwiegend darin, Ressourcen bezüglich Persönlichkeit, Kontext und Beziehung zur Umwelt zu erschliessen und zudem zu stärken. Die Autorin verweist darauf, dass daraus die psycho-soziale Passung ersichtlich wird, welche in das Aufgabengebiet klinischer Sozialarbeit fällt.

In Kapitel 3.3 wurden die spezifischen Aufgaben klinischer Sozialarbeit in Psychiatrien aufgeführt. Zu diesen Aufgaben gehören die Sicherstellung einer Anschlussversorgung nach einem Klinikaufenthalt, das Fungieren als Schnittstelle zwischen Patient_in und dem Sozialversicherungssystem sowie der Sozialhilfe und die Aufrechterhaltung der Integrationsoptionen.

Ziel der klinisch sozialarbeiterischen Interventionen ist die Verbesserung der gesellschaftlichen Teilhabe. Im Unterschied zur psychotherapeutischen Beratung, welche mit ihren Interventionen direkt auf die Heilung psychischer Störung mittels psychotherapeutischer Interventionen abzielt. Die Autorin schlussfolgert aus

- dem bio-psycho-sozialen Modell von Engel (1977, zit. in AAAS, 2020), wonach die soziale Dimension einen Einfluss hat
- aus dem Stressmodell von Lazarus (1980), wonach Stress eine Beziehung zwischen Individuum und Umwelt ist sowie
- aus den Erkenntnissen von Sommerfeld et al. (2016), welche die strukturelle Kopplung zwischen sozialen und psychischen Prozessen beschreiben (S. 7),

dass eine positive Veränderung der sozialen Dimension als «der Heilung zuträglich» angesehen werden kann. Daraus lässt sich ableiten, dass die Einbindung der sozialen Dimension und somit die klinische Sozialarbeit im Behandlungskontext von Menschen mit einer psychischen Erkrankung wichtig sind. Dieses Wissen ist hilfreich, um sich gegenüber anderen Berufsgruppen positionieren zu können.

Gemäss Sommerfeld et al. (2016) ist klinische Sozialarbeit im Setting der Psychiatrie unabdingbar und hat grosses Potenzial. Dennoch ist der Stellenwert der klinischen Sozialarbeit in Psychiatrien der Schweiz nach wie vor zu gering und wird in den meisten Fällen auf das Finden einer Anschlusslösung reduziert. Aufgrund dessen wurde in vorliegender Arbeit auf die Relevanz der Einbindung der sozialen Dimension in Behandlungsprozesse hingewiesen.

Menschenbild: Der Mensch, seine Krankheit und seine individuellen Umgebungsfaktoren werden nicht isoliert, sondern immer als Teil eines Ganzen betrachtet. Die Autorin verweist darauf, dass auch hier die bio-psycho-soziale Perspektive sichtbar wird.

Klinische Sozialarbeit fusst auf dem moralischen Grundsatz, dass Sozialarbeitende einen nicht instrumentalisierenden Umgang mit den jeweiligen Patient_innen pflegen. Die klinische Einstellung schöpft ihre legitimierende Kraft aus dem Konsens mit dem Gegenüber, welches Ja oder Nein sagen kann. Daraus leitet die Autorin ab, dass die Patient_innen ihre jeweiligen Entscheidungen treffen, welche von den Sozialarbeitenden zu respektieren sind.

Damit wurde der zweite Teilaspekt, jener des Professionswissens, beantwortet. Es folgt die Beantwortung des dritten Teilaspekts, jener des störungsspezifischen Wissens.

Die Frage zu dem dritten Teilaspekt lautet:

- **Welches sind die Symptome einer Depression nach ICD-10? (Störungsspezifisches Wissen)**

Im Folgenden sind die zentralen Erkenntnisse aus Kapitel 4 aufgeführt.

Je mehr Symptome bei einer Person feststellbar sind, desto schwerer ist die Depression nach ICD-10. Eine Auflistung der Symptome ist in Kapitel 4.2 zu finden.

Depressionen entstehen aufgrund bio-psycho-sozialer Faktoren, welche sich gegenseitig beeinflussen (vgl. Kapitel 4.2). Auch aus dieser Perspektive kann auf die Relevanz der Einbindung der Sozialen Dimension hingewiesen werden. Denn vor allem bei Erstauftreten einer Depression sind häufig belastende Ereignisse in der sozialen Umgebung der Betroffenen feststellbar.

Depressionen haben einen erheblichen Einfluss auf das Lebensführungssystem von Betroffenen. Um entsprechende Handlungssysteme zu eruieren, bietet das Modell des Lebensführungssystems eine Orientierungshilfe für klinisch Sozialarbeitende.

Störungsspezifisches Wissen kann hilfreich sein, um Empathie seitens Beratungspersonen zu fördern und um sozialarbeiterische Interventionen adäquat planen zu können.

Damit wurde die dritte Frage, jene des störungsspezifischen Wissens, beantwortet. Es folgt die vierte Frage zum letzten Teilaspekt, jenem des Handlungswissens.

Die Frage zum vierten Teilaspekt lautet:

- **Welche allgemeinen, depressions- respektive fallspezifischen Methoden und welche neuen Methoden und Instrumente der ressourcenorientierten Beratung können von Sozialarbeitenden angewendet werden, um die Lebensqualität der Patient_innen mit einer Depression zu steigern und ihren Kohärenzsinn zu stärken? (Handlungswissen)**

Kapitel 5 widmet sich einem konkreten Fallbeispiel. In diesem Kapitel wurde das vorangehende theoretische Wissen aus Kapitel 2, das Professionswissen aus Kapitel 3 und das störungsspezifische Wissen aus Kapitel 4 herangezogen und in Form von Handlungswissen aufbereitet.

Anhand des **Wissen-Praxis-Transfermodells** wird der Fall einer depressiven Patientin in einer stationären Psychiatrie bearbeitet. In diesem Rahmen wird im ersten Schritt die Situationseinschätzung vorgenommen, gefolgt von der Situationsanalyse, der Zielsetzung, der Handlungsplanung sowie der Intervention als fünfter und letzter Schritt im Wissen-Praxis-Transfermodell. Alle diese Schritte gehören zusammen. Der Fokus der Aufmerksamkeit orientiert sich als erstes an der Situation und ihren Ursachen, danach den Lösungen und Wirkungen und schliesslich an der Handlung.

Hauptsächlich wird die Frage des vierten Teilaspektes im Schritt der Handlungsplanung beantwortet, da in diesem Schritt Methoden und Konzepte gesammelt werden. Um zu wissen, welche Methoden angewendet werden können, um die Lebensqualität von Patient_innen mit einer Depression zu steigern und deren Kohärenzsinn zu fördern, bedarf es der Berücksichtigung einiger zusammenhängender Schritte. Diese werden im Folgenden kurz zusammengefasst, um die Frage zu dem vierten Teilaspekt fundiert beantworten zu können.

In Kapitel 5.1 wird eine **Situationseinschätzung** vorgenommen. Dazu wird in Unterkapitel 5.1 mittels Beschreibungs- und Bewertungswissen dargelegt und argumentiert, welche Situation vorliegt und was aus Sicht der Sozialen Arbeit daran problematisch ist. Dazu wird Bezug genommen auf die Symptome

der Depression (störungsspezifisches Wissen). Im Rahmen von Professionswissen wird der Berufskodex der Sozialen Arbeit herangezogen, um den Sachverhalt aus sozialarbeiterischer Sicht zu verankern und zu bewerten. Professionswissen der klinischen Sozialarbeit findet zudem Anwendung, beispielsweise das Menschenbild, Frau B. als Teil ihrer Umgebung wahrzunehmen.

Die Sozialarbeiterin stellt basierend auf der Interaktion mit Frau Breitner fest, dass diese in Bezug auf ihre Verstehbarkeit, Handhabbarkeit sowie Bedeutsamkeit in diversen der genannten Bereiche unsicher ist.

In Unterkapitel 5.2 wird die **Situationsanalyse** vollzogen. Mittels Erklärungswissen wird nach Ursachen und Erklärungen für Probleme, respektive Entwicklungspotenzialen gesucht. Die Situationseinschätzung und -analyse münden in einer sozialen Diagnose.

Gemäss Daniel Hell (ohne Datum) können verschiedene biologische, psychologische und soziale Faktoren an der Entstehung einer Depression beteiligt sein (S. 22). Dieses störungsspezifische Wissen wird angewendet.

Anhand des **bio-psycho-sozialen Modells** werden Belastungs- und Schutzfaktoren herausgearbeitet, welche bei Frau B. feststellbar sind. Die gewählte tabellarische Darstellung hat den Vorteil der Übersichtlichkeit. Zudem kann damit der Blick von Sozialarbeitenden für bio-psycho-soziale Wechselwirkungen geschärft werden. Aus dieser Auflistung wird der Handlungsbedarf ersichtlich, Belastungsfaktoren zu minimieren resp. zu mildern und Schutzfaktoren zu stärken resp. auszubauen.

Aus der Perspektive des **Stressmodells** von Lazarus aus Kapitel 2.2 wird ersichtlich, dass die Situation von Frau B und ihre Primäre sowie sekundäre Bewertung zu einem subjektiven Ungleichgewicht aus Anforderungen und Fähigkeiten führt. Daraus ergibt sich der Handlungsbedarf, das subjektive Gleichgewicht aus Anforderungen und Fähigkeiten zu begünstigen, sodass für Frau B. weniger Stress entsteht.

Unter Berücksichtigung der **Salutogenese**-Theorie aus Kapitel 2.3 wird ersichtlich, dass Frau Breitner über zu wenige nutzbare generalisierte Widerstandsressourcen verfügt. Daraus ergibt sich der Handlungsbedarf, dass Frau Breitner mehr nutzbare Ressourcen zur Verfügung stehen. Um Ressourcen besser nutzen zu können ist ein starker Kohärenzsinn förderlich. Daher ist es ein weiterer Handlungsbedarf, diesen zu stärken.

Damit finden die drei übergeordneten Theorien und Konzepte aus dem ersten Teilaspekt Anwendung.

In Unterkapitel 5.3 erfolgte die **Zielsetzung**. Es wird mit hierarchisierten und terminierten Zielen gearbeitet.

Das übergeordnete Ziel ist es, Ressourcen zu stärken. Daher werden die Ziele nach ihren jeweiligen Ressourcen gegliedert. Dies deckt sich mit dem Auftrag der Sozialen Arbeit, insbesondere mit dem Auftrag klinischer Sozialarbeit, welcher in Kapitel 3 beschrieben wird.

In Unterkapitel 5.4 wurde gemäss dem Wissen-Praxis-Transfermodell eine **Handlungsplanung** erstellt. Es wurde der Forderung von Wälte und Borg-Laufs (2018) nachgekommen, welche die Überwindung einer einseitigen Orientierung an einer spezifischen Beratungsschule fordern zugunsten einer Hinwendung zu einer integrativen Beratungskonzeption (S. 13).

Daher wurden bei der Handlungsplanung eine Auswahl an Methoden und Konzepten, Haltungen und Strukturierungen gesammelt. Welche Methode zu welchem Zeitpunkt eingesetzt wird ist kontextabhängig und wird von den Sozialarbeitenden in den jeweiligen Situationen entschieden. Ein starker Sinn FÜR Kohärenz kann hilfreich sein, um zu wissen, was in welcher Situation hilfreich ist. Dies wird bei den Herausforderungen in Kapitel 5.6 betont.

Ressourcen und Stressoren werden von Maass (2019) als zwei Seiten einer Medaille beschrieben (vgl. Kapitel 2.3.2). Um die Beratung als Ressource, nicht als Stressor zu gestalten, orientieren sich Sozialarbeitende an Haltungen, Konzepten, Methoden und Strukturierungen. Diese werden von der Autorin in Unterkapitel unterteilt.

In Kapitel 5.4.1 wurden die allgemeinen Konzepte und Methoden zusammengefasst, wie sie an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit gelehrt werden.

In Kapitel 5.4.2 wurden depressions- und fallspezifische Methoden und Konzepte beleuchtet.

In Unterkapitel 5.4.3 wurden seitens Autorin Strukturierungen vorgeschlagen, welche zur Stärkung des Kohärenzsinnns beitragen können.

Die in den Unterkapiteln beschriebenen Methoden und Konzepte können von Sozialarbeitenden angewendet werden, um den Kohärenzsinn von Patient_innen mit einer Depression zu stärken.

Eine gute Beziehung ist in jedem Fall wichtig. Dazu ist eine klientenzentrierte Haltung sowie weitere grundlegende Fähigkeiten welche in Kapitel 5.4.1 beschrieben werden, förderlich.

Die depressiven Patient_innen sollen weder über- noch unterfordert werden. Dazu ist die stufenweise Aktivierung sowie weiteres depressionsspezifisches Interventionswissen zu beachten (vgl. Kap. 5.4.2).

In Kapitel 5.4.3 wurde untersucht, wie der Kohärenzsinn gestärkt werden kann. Gemäss Mass (2019) kann der Kohärenzsinn durch Erfahrungen gestärkt werden, welche Menschen mit Ressourcen machen (S. 139 – 140). Der Kohärenzsinn beeinflusst wiederum das Ressourcenmanagement, wie dies in Abbildung 4 dargestellt wird (ebd.).

Patient_innen müssen Ressourcen nutzen können. Daher bietet es sich aus Sicht der Autorin an, darzulegen, wie die unterschiedlichen Ressourcen gestärkt werden können. Zudem wurde exemplarisch aufgezeigt, wie Patient_innen darin unterstützt werden können, diese Ressourcen zu nutzen.

Des Weiteren wurde das Beratungssetting anhand der Ebenen des Kohärenzsинns aufgeschlüsselt. Es wurde aufgezeigt, wie die Verstehbarkeit, die Handhabbarkeit und die Bedeutsamkeit gestärkt werden können. Sowohl was die Lebenswelt der Patientin angeht als auch das Beratungssetting an sich.

Im Anschluss wurde ein Instrument vorgestellt, welches von der Autorin entwickelt wurde. Weiter beschreibt die Autorin die Beziehung zwischen dem Instrument und dem Kohärenzsinn. Daraus ergibt sich, dass das Instrument grundsätzlich zur Stärkung des Kohärenzsинns geeignet ist. Im Rahmen einer Auflistung von Vor- und Nachteilen wurde auf die Chancen und Grenzen des Instrumentes hingewiesen. Das Instrument wird laufend weiterentwickelt.

Abschliessend wurde in Unterkapitel 5.4.3 eine Skalierungsfrage mit dem Konzept des Kohärenzsинns verbunden, welche ebenfalls zur Stärkung des Kohärenzsинns eingesetzt werden kann.

Im Wissen-Praxis-Transfermodell erfolgt in Unterkapitel 5.5 die **Inter- resp. Prävention**.

Die Autorin beschrieb in diesem letzten Schritt die Intervention. Während der Beratungsphase wird an den vereinbarten Zielen gearbeitet. Dazu werden die beschriebenen Methoden, Konzepte und Haltungen angewendet.

Von der Autorin wird es als herausfordernd erachtet, dass es stets die eigenen Erfahrungen sind, welche Patient_innen mit den jeweiligen Ressourcen machen (müssen). Somit kann eine Beratungsperson zwar empathisch sein, sie kann jedoch nicht wirklich sicher sein, *wie* etwas für die ratsuchende Person *ist*. Eine weitere Gefahr besteht darin, dass diese Diskrepanz von teils divergierenden Ansichten und Empfindungen nicht bemerkt wird. Zudem können sich Ansprüche und Wünsche der Patientin verändern, ohne dass dies offenkundig kommuniziert wird.

Der Sinn FÜR Kohärenz umfasst die Fähigkeit, erfassen zu können, was in anderen Menschen vorgeht. Ein starker Sinn FÜR Kohärenz kann einer Beratungsperson helfen, den Kohärenzsinn ihres Gegenübers

zu stärken. Aus Sicht der Autorin kann ein starker Sinn FÜR Kohärenz hilfreich sein, Herausforderungen zu begegnen und Methoden und Konzepte passend auswählen und anwenden zu können.

Damit ist wurde der vierte und letzte Teilaspekt, jener des Handlungswissens beantwortet.

Alle vier Fragen zu den Teilaspekten wurden beantwortet. Die Teilaspekte umfassen 1. theoretisches Wissen, 2. Professionswissen, 3. Störungsspezifisches Wissen, 4. Handlungswissen.

Damit konnte die übergeordnete Fragestellung, *wie Patient_innen mit einer Depression mittels resourcenorientierter Beratung durch klinisch Sozialarbeitende und der Orientierung am Konzept des Kohärenzsинns unterstützt werden können*, beantwortet werden.

Es folgt ein persönliches Fazit der Autorin. Mit dem anschliessenden Ausblick wird vorliegende Arbeit beendet.

6.2. Persönliches Fazit

Ich hoffe, mit meiner Arbeit einen Beitrag für die Soziale Arbeit zu leisten und konkrete Handlungsmöglichkeiten für die berufliche Praxis aufzuzeigen, welche für Professionelle der Sozialen Arbeit nützlich sein können. Mich und meine berufliche Praxis konnte ich jedenfalls bereichern. Beispielsweise mit der vertieften Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Methoden, sowie mit den Herausforderungen im Beratungsprozess und wie Diesen begegnet werden kann.

Zudem wurde meine berufliche Identität mit der vertieften Auseinandersetzung mit der klinischen Sozialarbeit gefestigt. Es ist mir ein Anliegen, dass die soziale Dimension als Einflussfaktor auf die Gesundheit sowie Krankheit allgemein anerkannt wird. Dafür werde ich mich in meinem künftigen Berufsleben einsetzen.

Meine Interessen gelten weiterhin der klinischen Sozialarbeit und der Salutogenese. Das Konzept des Sinns FÜR Kohärenz, welcher in vorliegender Arbeit eher gestreift wurde, interessiert mich. Es wäre ein spannendes und wie ich vermute, ergiebiges Thema für eine Forschungsarbeit. Ich könnte mir jedenfalls vorstellen, zu gegebener Zeit selbst eine zu verfassen.

Zudem werde ich wahrscheinlich weiterhin Modelle und Instrumente (weiter)entwickeln, da mir dies grosse Freude bereitet. Das in Kapitel 5.4.3 vorgestellte Instrument habe ich bisher in meinem Freundeskreis ausprobiert. Dort ist es auf Anklang gestossen. Ich finde es wichtig, dass bestehende Theorien, Methoden und Konzepte weiterentwickelt werden oder neue hinzukommen. Besonders möchte ich die Nähe zum Praxisfeld betonen. Da sich Sozialarbeitende mit ihrer Nähe zum «Feld» auszeichnen,

finde ich es wichtig, dass wir selbst unsere Theorien, Methoden und Konzepte ausarbeiten, um sie möglichst nutzbar zu gestalten. Denn ich finde zwar viele Theorien interessant, vertieft setze ich mich jedoch am liebsten mit denen auseinander, die ich schlussendlich auch nutzen kann.

Mit dem nun folgenden Ausblick hoffe ich, einen Anstoss oder eine Inspiration zu weiteren möglichen Arbeiten geben zu können.

6.3. Ausblick

Der Sinn FÜR Kohärenz ist ein noch nicht ausgereiftes Konzept und würde aus Sicht der Autorin zahlreiche Möglichkeiten für Forschungsarbeiten bieten.

In einer Literatur- oder Forschungsarbeit könnte herausgefunden werden, welche Faktoren ausschlaggebend sind, ob ein Angebot der Sozialen Arbeit von potenziellen Angebotsnutzenden als Ressource wahrgenommen wird, welche Faktoren darauf einen Einfluss haben (z.B. in einer Person liegende Faktoren, Angebotsbezogene Faktoren, makrokulturelle Einflüsse) und welcher Handlungsbedarf daraus für die Soziale Arbeit resultiert.

Es ist denkbar, weitere Konzepte, Theorien, Handlungsfelder und Methoden der Sozialen Arbeit auf ihre salutogene Orientierung hin zu untersuchen. Monica Eriksson und Bengt Lindström (2019) stellen die Salutogenese bildhaft als Schirm dar (S. 81), unter welchem sie 25 verwandte Theorien aufführen. Einige davon werden in vorliegender Arbeit aufgegriffen, nämlich der Kohärenzsinn von Aaron Antonovsky, Ressourcenaktivierung, Selbstwirksamkeit von Albert Bandura und Coping von Richard Lazarus. Weitere Möglichkeiten wären beispielsweise eine nähere Betrachtung von Resilienz (Emmy E. Werner), Empowerment (Paulo Freire), sowie der Bindungstheorie (John Bowlby).

Das Zusammenspiel von makrokulturellen Ressourcen, Kohärenzsinn, kulturellem Kapital (Pierre Bourdieu, 1979/1982) und allfällige Rollen bis hin zu Möglichkeiten der Einflussnahme für die Soziale Arbeit in einem bestimmten Setting oder auf einer bestimmten Ebene wären weitere interessante Themen.

Literatur- und Quellenverzeichnis

- Adler, Georg (2005). *Verhaltens-Einzelspsychotherapie von Depressionen im Alter (VEDIA)*. Stuttgart: Schattauer.
- American Association for the Advancement of Science (2020). *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. *GL Engel*. Science 08 Apr 1977. Gefunden unter <https://science.sciencemag.org/content/196/4286/129>
- Antonovsky, Aaron (1979). *Health, Stress, and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, Aaron (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit (Alexa Franke, Übers.)*. Tübingen: dgvt Verlag (engl. Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well, San Francisco 1987).
- Avenir Social (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Avenir Social.
- Baer, Niklas, Schuler, Daniela, Füglistler-Dousse, Sylvie & Moreau-Gruet, Florence (2013). *Depressionen in der Schweiz. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration (Obsan Bericht 56)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Bourdieu, Pierre (1982). *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft (Bernd Schwibs & Achim Russer, Übers.)*. Frankfurt am Main: Suhrkamp (franz. La distinction. Critique sociale du jugement. Paris 1979).
- Bundesamt für Gesundheit (2020). *Krankenversicherung: Die freiwillige Taggeldversicherung*. Gefunden unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/freiwillige-taggeldversicherung.html>
- Bundesamt für Statistik (2019). *Gesundheitsstatistik 2019*. Gefunden unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.1290-1900.html>
- Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 (Stand am 1. Oktober 2019).

Bundesgesetz betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht) vom 30. März 1911 (Stand am 1. April 2020).

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 (Stand am 1. Januar 2020).

Bundesgesetz über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung (Arbeitslosenversicherungsgesetz, AVIG) vom 25. Juni 1982 (Stand am 1. Januar 2020).

Brusa, Elke (2019). *IG Arbeit – Vertiefungskurs. Depression*. Unveröffentlichte Präsentation.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2018). *ICD-10-GM Version 2019 Kapitel V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)*. Gefunden unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/block-f30-f39.htm>

Eriksson, Monica & Lindström, Bengt (2006). Antonovskys sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60 (5), 376–381. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.041616>

Eriksson, Monica, Lindström, Bengt & Lilja, John (2007). A sense of coherence and health. Salutogenesis in a societal context: Åland, a special case? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61 (8), 689–694. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.047498>

Gabriel-Schärer, Pia & Meier Magistretti, Claudia (2019). Salutogenese und Soziale Arbeit – Gemeinsamkeiten und Lernfelder. In Claudia Meier Magistretti (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen. Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (S. 221–233). Bern: Hogreve.

Hell, Daniel (ohne Datum). *Über Depression*. Gefunden unter https://www.daniel-hell.com/index_html_files/Ueber_Depression.pdf

Hell, Daniel, Endrass, Jérôme, Vontobel, Jürgen & Schnyder, Ulrich (2011). *Kurzes Lehrbuch der Psychiatrie. Das Basiswissen mit Repetitoriumsfragen* (3., überarb. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.

Husi Gregor (2013). Die Soziokulturelle Animation aus strukturierungstheoretischer Sicht. In Bernard Wandeler (Hrsg.), *Soziokulturelle Animation. Professionelles Handeln zur Förderung von Zivilgesellschaft, Partizipation und Kohäsion* (2. Aufl.). Luzern: Interact.

- Husi, Gregor (2015). *Das Wissen-Praxis-Transfermodell – eine Anleitung. Mit praxistheoretischen Grundlagen der Modalen Strukturierungstheorie Sozialer Arbeit*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Kunz, Daniel (2017). *Beraterische Beziehungs- oder Auftragsmuster nach De Jong & Kim Berg (2002). Oder: mit KlientInnen an dem arbeiten, was sie wollen und benötigen*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Lazarus, Richard S. & Lauiner, Raymond (1981). In Jürgen R. Nitsch (Hrsg.), *Stress. Theorien, Untersuchungen, Massnahmen* (S. 213–259). Bern: Verlag Hans Huber.
- Lindström, Bengt (2019). Genesis – Über den Ursprung des Kohärenzsinn als lebenslanger Lernprozess (Claudia Meier Magistretti, Übers.). In Claudia Meier Magistretti (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen. Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (S. 111–118). Bern: Hogreve.
- Lindström, Bengt & Eriksson, Monica (2019). Von der Anatomie der Gesundheit zur Architektur des Lebens – Salutogene Wege der Gesundheitsförderung (Claudia Meier Magistretti, Übers.). In Claudia Meier Magistretti (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen. Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (S. 25–107). Bern: Hogreve.
- Maas, Ruca Elisa Katrin (2019). Kohärenzsinn und Alltagserlebnisse. In Claudia Meier Magistretti (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen. Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (S. 137–146). Bern: Hogreve Verlag.
- Maas, Ruca, Lindström, Bengt & Lillefjell, Monica (2017). *Neighborhood-resources for the development of a strong SOC and the importance of understanding why and how resources work: a grounded theory approach*. BMC Public Health 17, 704 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4705-x>
- Mc Gee, Shauna L., Höltge, Jan., Maercker, Andreas. & Thoma, Myriam V. (2018). *Sense of coherence and stressrelated resilience: Investigating the mediating and moderating mechanisms in the development of resilience following stress or adversity*. Frontiers in Psychiatry, 9 (378), 1–13. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00378>
- Meier Magistretti, Claudia, Topalidou, Anastasia, Meinecke, Franziska (2019). Sense FOR Coherence – der Sinn FÜR Kohärenz: Annäherungen an ein mögliches Konzept. In Claudia Meier Magistretti

- (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen. Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (S. 119–135). Bern: Hogreve.
- Müller, Irene (2017). *Lösungsorientierte Fragen*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Pauls, Helmut (2013). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. (3. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Keiser, Alexandra & Föhn, Milena (2018). *Depressionen und die Auswirkungen auf das Lebensführungssystem von Betroffenen. Herausforderungen und Handlungsansätze für die klinische Sozialarbeit*. Gefunden unter <https://zenodo.org/record/1435715>
- Kreuzinger, Andreas (2000). „Das bin ich“ – Der Weg Carl Rogers zur Psychologie. Gefunden unter <https://www.carlrogers.de/rogers-weg-zur-psychologie.html>
- Schuler, Daniela, Tuch, Alexandre & Peter, Claudio (2019). *Psychische Gesundheit. Kennzahlen 2017 (Obsan Bulletin 8/2019)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schulz von Thun, Friedmann (2019). *Miteinander reden: 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation* (56. Aufl.). Hamburg: Rowolt Taschenbuch.
- Sommerfeld, Peter, Dällenbach, Regula, Rügger, Cornelia & Hollenstein, Lea (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Sommerfeld, Peter & Rügger, Cornelia (2013). Soziale Arbeit in der Sozialen Psychiatrie. In Wulf Rössler & Wolfram Kawohl (Hrsg.), *Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Band 2: Anwendung* (S. 396–406). Stuttgart: Kohlhammer.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2007). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis - ein Lehrbuch*. Bern: Haupt.
- Urton, Karolina (2017). *Selbstwirksamkeitserwartung – Was bedingt sie und wie kann sie gefördert werden?*. Potsdamer Zentrum für empirische Inklusionsforschung (ZEIF), 2017, Nr. 3. Gefunden unter <http://paedpsych.jku.at/cicero/LERNEN/LernenamModell.pdf>
- Von Schlippe, Arist & Schweitzer, Jochen (2016). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Das Grundlagenwissen* (3. Unveränderte Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Wälte, Dieter & Borg-Laufs, Michael (Hrsg.). (2018). *Psychosoziale Beratung. Grundlagen, Diagnostik, Intervention*. Stuttgart: Kohlhammer.

Wälte, Dieter & Lübeck, Anja (2018). Was ist psychosoziale Beratung?. In Dieter Wälte & Michael Borg-Laufs (Hrsg.), *Psychosoziale Beratung. Grundlagen, Diagnostik, Intervention* (S. 24–31). Stuttgart: Kohlhammer.

Weber, Esther (2016). *Beratungsmethodik in der Sozialen Arbeit. Das Unterrichtskonzept der Beratungsmethodik an der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit* (4. Aufl.). Luzern: Interact.