



BEZIEHUNGSGESTALTUNG IN DER BERATUNG VON MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN STÖRUNGEN

Handlungsansätze für Beratende der Sozialen Arbeit

KARIN
SCHWEITZER-SOLLBERGER

BACHELORARBEIT
HOCHSCHULE LUZERN
SOZIALE ARBEIT

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang **Sozialarbeit**
Kurs **BB 2017-2021**

Karin Schweitzer-Sollberger

**Beziehungsgestaltung in der Beratung von Menschen mit psychischen
Störungen**

Handlungsansätze für Beratende der Sozialen Arbeit

Diese Bachelor-Arbeit wurde im Juli 2021 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 der Autorin.

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 zukünftige Sozialarbeiterin mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im Juli 2021

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

ABSTRACT

Die Beratung ist ein wichtiges Instrument sozialarbeiterischen Handelns. Die Beziehung zur Klientel leistet einen wesentlichen Beitrag zu einer gelingenden Beratung, darin sind sich Beratende der Sozialen Arbeit und der Bezugsdisziplinen einig. Die Beziehungsgestaltung und Kommunikation zwischen Beratenden und einer Klientel mit psychischen Störungen, ist komplex. Häufig weist die Klientel dysfunktionale Interaktionsmuster auf. Dies kann Beratende irritieren, insbesondere dann, wenn beraterische Interventionen erfolglos bleiben und das Verhalten der Klientel schwer einzuordnen ist. Die vorliegende Arbeit möchte allgemeine und störungsspezifische Handlungsansätze für eine gelingende Beziehungsgestaltung in der Beratung aufzeigen.

Um psychische Störungen besser verstehen zu können, werden Grundlagen und Erklärungsmodelle für die Entstehung von Störungen beschrieben. Daraus werden handlungsleitende Ansätze für Fachpersonen abgeleitet. Zum Schluss werden konkrete Handlungsansätze für die Beziehungsgestaltung zu Menschen mit Depressionen, Schizophrenie und Borderline dargestellt.

Ziel einer förderlichen Beratungsbeziehung ist, Klient*innen längerfristig zu begleiten und Beziehungsabbrüche zu verhindern. Damit sollen sie Zugang zu Ressourcen wie Gesundheitsförderung, medizinische Versorgung, Versicherungsleistungen, finanzielle Existenzsicherung oder soziale Netzwerke erhalten. Nur wenn diese Ressourcen zugänglich sind, kann die Integration und Partizipation in die Gesellschaft gelingen. Beides sind Grundaufgaben der Sozialen Arbeit.

DANKSAGUNG

Die Autorin dankt allen Personen, die diese Arbeit ermöglicht haben. Allen voran den Dozierenden der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, Herr Donat Knecht für die persönliche Begleitung und Unterstützung während der Fertigstellungsphase der Arbeit und Frau Prof. Elke Brusa-Hoevels für das interessante und klärende Fachpoolgespräch. Das Coaching mit Frau Dr. Rebekka Ehret im Bachelorkolloquium war für die Eingrenzung und Strukturierung des Themas unentbehrlich. Vielen herzlichen Dank!

Ohne die umfangreiche Unterstützung durch Partner, Angehörige und Freund*innen wäre das Studium und die Bachelorarbeit nicht möglich gewesen. Ihnen gilt mein wärmster Dank.

INHALTSVERZEICHNIS

Abstract	I
Danksagung	II
Inhaltsverzeichnis	III
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	V
1 Einleitung.....	1
1.1 Ausgangs- und Forschungslage.....	1
1.2 Berufsrelevanz.....	3
1.3 Ziel der Arbeit	5
1.4 Forschungsfragen	5
1.5 Motivation	5
1.6 Aufbau und Abgrenzung.....	5
2 Beziehungsgestaltung in der Beratung.....	6
2.1 Beziehung und Kommunikation.....	6
2.1.1 Beziehung	7
2.1.2 Kommunikation	8
2.2 Beratung.....	9
2.2.1 Beratung in der Sozialen Arbeit	10
2.2.2 Abgrenzung zur (psycho-)therapeutischen Beratung	13
2.3 Beziehungsgestaltung in der Beratung.....	13
2.3.1 Förderliche Faktoren für die Beziehungsgestaltung	14
2.3.2 Erschwerende Faktoren in der Beziehungsgestaltung.....	18
3 Psychische Störungen.....	19
3.1 Psychische Störungen und Prävalenz	19
3.2 Soziale Dimension psychischer Störungen.....	22
3.3 Erklärungsmodelle für psychische Störungen.....	23
3.3.1 Vulnerabilitäts-Stress-Modell	24
3.3.2 Konsistenztheorie nach Klaus Grawe.....	27

4	Bewertung und Ziele aus sozialarbeiterischer Sicht	33
4.1	Bewertung aus sozialarbeiterischer Sicht	33
4.2	Konsequenzen	35
4.3	Ziele aus sozialarbeiterischer Sicht	36
5	Beziehungsgestaltung in der Beratung von Menschen mit psychischen Störungen	37
5.1	Allgemeingültige Faktoren in der Beziehungsgestaltung	38
5.2	Beziehungsgestaltung aus bio-psycho-sozialer Perspektive	39
5.3	Beziehungsgestaltung aus der Perspektive der Konsistenztheorie nach Klaus Grawe	40
6	Beziehungsgestaltung bei spezifischen psychischen Störungen	43
6.1	Depression	43
6.1.1	Beschreibung	43
6.1.2	Erklärung	46
6.1.3	Handlungsansätze	48
6.2	Schizophrenie	50
6.2.1	Beschreibung	50
6.2.2	Erklärung	52
6.2.3	Handlungsansätze	54
6.3	Borderline	56
6.3.1	Beschreibung	58
6.3.2	Erklärung	61
6.3.3	Handlungsansätze	63
6.4	Ergebnisse in der Übersicht	66
7	Schlussfolgerungen	70
7.1	Beantwortung der Forschungsfragen	70
7.2	Praxisrelevanz und Ausblick	72
8	Literaturverzeichnis	74
9	Anhang	79

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Abbildung 1: Titelbild. Beratung	0
Abbildung 2: Systemisches Kontextmodell für Beratung, nach Schiersmann	11
Abbildung 3: Strukturierungshilfe nach Weber und Kunz.....	12
Abbildung 4: Vulnerabilitäts-Stress-Modell	24
Abbildung 5: Konsistenztheorie nach Klaus Grawe	28
Abbildung 6: Das Modell der doppelten Handlungsregulation.....	57
Tabelle 1: Übersicht Handlungsansätze bei spezifischen Störungen (eigene Darstellung).....	69

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AvenirSocial	Schweizerischer Berufsverband
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD	International Classification of Diseases
IFSW / IASSW	International Federation of Social Work / International Association of Schools of Social Work (Internationale Berufsverbände)
WHO	World Health Organization

1 EINLEITUNG

Die Soziale Arbeit ist ein gesellschaftliches Funktionssystem, das die Würde des Menschen wahren und die Gerechtigkeit fördern soll. Sie unterstützt Menschen in ihrer Alltagsbewältigung und der Bewältigung sozialer Probleme, sie fördert den Zugang zu sozialer Grundversorgung und Bildung mit dem Ziel der sozialen Integration (Ursula Hochuli Freund & Walter Stotz, 2015, S. 39). Dieses Ziel wird in vielfältigen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit verfolgt. Die vorliegende Arbeit wendet sich der Beratung zu und fokussiert die Beziehungsgestaltung in der Beratung von Menschen mit psychischen Störungen.

In diesem Einleitungskapitel werden die Ausgangs- und Forschungslage erläutert, die Berufsrelevanz, das Ziel, die Forschungsfragen und die Motivation dieser Arbeit beschrieben.

1.1 AUSGANGS- UND FORSCHUNGSLAGE

In der Beratung ist die Beziehungsgestaltung ein wichtiges Element für einen erfolgreichen Prozess. In einer Metastudie hat Michael J. Lambert festgestellt, dass ca. 30% des Erfolgs abhängig von der Beziehung zwischen Klientel und Beratenden ist (Lambert, 1992; zit. in Marie-Luise Conen & Gianfranco Cecchin, 2007, S. 111). In der Praxis ist es unbestritten, dass die Beziehung zur Klientel wichtig ist. Trotzdem bleiben für eine eigenständige Theorieentwicklung viele Unklarheiten zurück (Silke Birgitta Gahleitner, 2017, S. 10). Auch über die Beziehungsqualität wird in der Forschung kontrovers diskutiert (Gahleitner, 2017, S. 59).

Die verschiedenen therapeutischen Schulen betonen die Wirksamkeit der Beziehung in der Therapie, die Konkretion der Beziehungsgestaltung führen sie nicht aus (Gahleitner, 2017, S. 60–65). Somit bleibt für die Fachpersonen der Sozialen Arbeit unklar, wie sie die Beziehung aktiv gestalten und als professionelle Intervention verwenden können. Erschwerend kommt hinzu, dass sich die Beziehung im jeweiligen Kontext konkretisiert. Der gesellschaftliche und kulturelle Kontext, die Institution, die sozialen Netzwerke oder die persönlichen Merkmale der Klientel und Beratenden wirken auf die Beziehung ein (Gahleitner, 2017, S. 70–74). Die Beziehungsgestaltung in der Beratung ist von vielen Faktoren abhängig und ein komplexes Geschehen.

In einem Forschungsprojekt der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit wurde die Beziehungsgestaltung in der Beratung im Zwangs- und im freiwilligen Beratungskontext untersucht. Konsens aller Sozialarbeitenden ist, dass die Beziehungsgestaltung für einen erfolgreichen Beratungsprozess wesentlich ist. Besonders herausfordernd wurde die Beziehungsgestaltung mit Menschen mit psychischen Störungen beschrieben. Die Kommunikation und die Kooperation mit ihnen ist erschwert (Vera Burtscher, Karin Schweitzer & Johanna Victorin, 2020, S. 46). Eine Forschungsarbeit in Deutschland ergab ähnliche Erkenntnisse (Wolfgang Klug, Daniel Niebauer, Beatrice Dittelbach & Franziska Huber, 2020, S. 380).

Die Bedeutung der Beziehung in der Beratung ist unbestritten, aber im Kontext der Sozialen Arbeit kaum bearbeitet. Eine Ausnahme ist Cornelia Schäfter (2010). Sie hat die Literatur zur Beratung in unterschiedlichen Kontexten untersucht und daraus ein Beziehungskonzept entwickelt (S. 11). Sie hat Klient*innen und Beratende nach einem Gespräch interviewt und nach ihrem subjektiven Beziehungserleben befragt (Schäfter, 2010, S. 143–144). Zusammenfassend hat sie zentrale Arbeitsprinzipien für die Beziehungsgestaltung beschrieben: reflexive, kontextbezogene Zuwendung (zuhören, nachfragen, paraphrasieren, Emotionen verbalisieren), selektive, persönliche Öffnung (eigene Erfahrungen teilen, emotionale Nähe schaffen), Ressourcenorientierung (Stärken der Klientel fördern) und Kompetenzorientierung (Fachkompetenzen einsetzen) (Schäfter, 2010, S. 294).

Laura Best (2020) hat die Beziehungsgestaltung in der Beratung aus Sicht der Klientel untersucht. Sie hat sich auf das Nähe-Distanz-Erleben sowie die Bedeutung von Nähe und Distanz in der Beratungsbeziehung fokussiert (S. 1-2). Sie kommt zum Schluss, dass Nähe in der Beratung positiv bewertet wird, diese aber Gefahren der Grenzüberschreitung in sich birgt (Best, 2020, S. 313).

Peter Sommerfeld, Regula Dällenbach, Cornelia Rügger und Lea Hollenstein (2016) thematisieren die Bedeutung einer gelingenden professionellen Beziehung und die positiven Auswirkungen auf den Beratungs- und Unterstützungsprozess im Kontext der klinischen Sozialarbeit. Sie führen die Beziehungsgestaltung nicht konkreter aus (S. 338).

Aus der bisherigen Recherche ist nicht ersichtlich, wie die Beziehung zu Menschen mit psychischen Störungen im Kontext der Sozialen Arbeit gestaltet werden kann. Die fehlende Erforschung des Themas könnte mit der Entwicklung der Sozialen Arbeit als Profession zusammenhängen. Die Soziale Arbeit bezieht seit jeher Methoden aus anderen

Bezugswissenschaften in ihre Arbeit ein und passt sie für ihren eigenen Kontext an (Helmut Lambers, 2018, S. 3). Das könnte erklären, weshalb sie als eigenständige Disziplin bisher wenig geforscht und gewisse Themen kaum bearbeitet hat.

In der (psycho-)therapeutischen Literatur wird die Beziehungsgestaltung zu Patient*innen beschrieben. Gerhard Dieter Ruf (2017) beschreibt die Beziehungsgestaltung im Zusammenhang mit bipolaren Störungen (S. 106-110). Rainer Sachse (2019) äussert sich zu verschiedenen psychischen Störungen zum Thema Beziehungsmotive, woraus Kriterien für die Beziehungsgestaltung abgeleitet werden können. Magdalena Stemmer-Lück (2009) beschreibt die spezifischen Beziehungsmuster diverser psychischer Störungen.

Wenn die Beziehungsgestaltung im therapeutischen Kontext wichtig ist, welche Relevanz könnte die Beziehungsgestaltung in der Beratung im Kontext der Sozialen Arbeit haben? Und welche Herausforderungen birgt die Beratung von Menschen mit psychischen Störungen?

1.2 BERUFSRELEVANZ

In der psychosozialen Arbeit stehen Menschen mit psychischen Störungen vor besonderen Herausforderungen. Ziel der Fachpersonen ist, den Zugang zu bestehenden Versorgungssystemen zu ermöglichen, Betroffene können oder wollen die Unterstützung nicht annehmen. In der klinischen Sozialarbeit hat sich dafür der Begriff «hard to reach» Klientel etabliert (Karsten Giertz, Lisa Grosse, Silke Brigitta Gahleitner & Claudia Steckelberg, 2021, S. 15). Diese heterogene Gruppe zeichnet sich durch multiple Problemlagen aus. Betroffene zeigen herausfordernde Verhaltensweisen, haben Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen, wenig Motivation für professionelle Unterstützung oder fehlendes Wissen zu bestehenden Hilfsangeboten. Die Klientel sind wohnungslose Menschen, Konsument*innen illegaler Drogen, Sexarbeiter*innen, usw. Nicht alle Menschen mit psychischen Störungen weisen diese Kriterien auf, aber auch sie haben Stigmatisierungserfahrungen, eingeschränkten Zugang zum Gesundheits-, Wohlfahrts- oder Bildungssystem und sind unterversorgt (Giertz et al., 2021, S. 15–16).

Menschen mit psychischen Störungen sind in den meisten Bereichen der Sozialen Arbeit anzutreffen. Die Zusammenarbeit mit ihnen ist erschwert, die Versorgung und die gesellschaftliche Integration gelingt nur ungenügend. Aus berufsethischer Sicht ist dies nicht

hinnehmbar. Der Berufskodex der Sozialen Arbeit definiert verschiedene Grundsätze wie z. B. der Partizipation und Integration (AvenirSocial, 2010, S. 9). Betroffene sollen am gesellschaftlichen Leben partizipieren und integriert werden. Fehlen Ressourcen wie Finanzen, Hilfsmittel, medizinische oder psychiatrische Behandlungen, wird der Klientel der Zugang zur Gesellschaft erschwert. Auch die Ziele der Sozialen Arbeit, soziale Notlagen von Menschen und Gruppen zu verhindern und zu beseitigen oder Menschen zu begleiten, zu schützen und ihre Entwicklung zu fördern, werden ungenügend erreicht (AvenirSocial, 2010, S. 6).

Um diese Ziele zu erreichen, müssen Fachpersonen den Kontakt zur Klientel finden und in eine professionelle Vertrauens- und Beziehungsarbeit investieren. Lisa Grosse und Gahleitner (2021) beschreiben vier Schritte, wie dies gelingen kann. Es geht darum, die Person und ihre Situation zu *verstehen*, *Vertrauen zu schaffen*, *neue Bindungs- und Beziehungserfahrungen zu ermöglichen* und die *Einbettung in soziale Netzwerke* zu fördern (S. 98-100).

Zusammenfassend bedeutet eine stabile, fördernde, ermutigende und unterstützende Beziehungsgestaltung durch Sozialarbeitende eine verbesserte Zusammenarbeit und ermöglicht dadurch Klient*innen, alle relevanten persönlichen und externen Ressourcen zu erschliessen. Es ist ein hoher Anspruch an Sozialarbeitende. Damit das gelingt, werden vertiefte Kenntnisse zu den psychischen Störungen, deren Entstehung und eine differenzierte, auf die Klientel angepasste Beziehungsgestaltung in der Beratung, benötigt.

1.3 ZIEL DER ARBEIT

Die vorliegende Arbeit will Handlungsansätze aufzeigen, wie Sozialarbeitende die Beziehung mit Menschen mit psychischen Störungen im Kontext der Beratung gestalten können.

Um dies zu erreichen, werden folgende Forschungsfragen gestellt.

1.4 FORSCHUNGSFRAGEN

1. Welche Herausforderungen bestehen in der Beziehungsgestaltung in der Beratung von Menschen mit psychischen Störungen?
2. Wie gelingt die Beziehungsgestaltung in der Beratung von Menschen mit psychischen Störungen?
3. Wie gelingt die Beziehungsgestaltung mit Menschen mit depressiven Störungen, Schizophrenie und Borderline?

1.5 MOTIVATION

Die Autorin hat in der Beratung im Kontext der Sozialhilfe erfahren, dass die Begleitung von Menschen mit psychischen Störungen herausfordernd ist und zusätzliche Fachkompetenzen nötig sind. Zudem hat sie an der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit in einem Forschungsprojekt zum Thema: «Beziehungsgestaltung als Kernkompetenz Sozialer Arbeit» mitgearbeitet. Die Auswertung der Interviews mit Sozialarbeitenden hat die Beratung von Menschen mit psychischen Störungen als Herausforderung gezeigt. Daraus stellte sich die Frage, wie die Beziehung zur Klientel gestaltet werden muss, damit die Ziele der Sozialen Arbeit erreicht werden.

1.6 AUFBAU UND ABGRENZUNG

In Kapitel 2 werden die Begriffe Beziehung, Kommunikation und Beratung erläutert und anschliessend die Erkenntnisse zur Beziehungsgestaltung aus der Literatur und der Forschungsarbeit der Hochschule Luzern dargestellt.

In Kapitel 3 werden Psychische Störungen und die sozialen Auswirkungen beschrieben. Anhand des Vulnerabilitätsmodell und der Konsistenztheorie von Klaus Grawe wird die Entstehung von psychischen Störungen erklärt.

In Kapitel 4 werden die Ausführungen aus sozialarbeiterischer Sicht bewertet und mögliche Ziele definiert.

In Kapitel 5 wird die Beziehungsgestaltung in der Beratung von Menschen mit psychischen Störungen beschrieben und in Kapitel 6 wird auf die Störungen Depression, Schizophrenie und Borderline eingegangen. Diese drei Störungen wurden gewählt, weil depressive Störungen eine hohe Prävalenz in der Bevölkerung haben, bei Menschen mit Schizophrenie die Kommunikation und bei Menschen mit Borderline die Beziehungsgestaltung erschwert ist.

In Kapitel 7 werden die Forschungsfragen beantwortet einen Ausblick für weiteres Arbeiten beschrieben.

Zur Abgrenzung wird der sozialpädagogische Kontext der Sozialen Arbeit nicht bearbeitet. Dieser bietet in der Regel weniger strukturierte Beratungen an. Die Beratung wird in den pädagogischen Alltag integriert, findet eher zwischen «Tür und Angel» statt, deshalb wird dieser Bereich ausgelassen.

2 BEZIEHUNGSGESTALTUNG IN DER BERATUNG

Die Beziehungsgestaltung in der Beratung ist ein komplexes Geschehen. Im folgenden Kapitel wird der Frage nachgegangen, wie Beziehung, Kommunikation und Beratung zu verstehen sind. Anschliessend werden die drei Themen zur Beziehungsgestaltung in der Beratung zusammengeführt.

2.1 BEZIEHUNG UND KOMMUNIKATION

Beziehung und Kommunikation gehören zusammen und bilden ein komplexes Zusammenspiel. Um das Zusammenspiel zu verstehen, sind Kenntnisse zu den Funktionen der beiden Bereiche nötig.

2.1.1 BEZIEHUNG

Menschen sind soziale Wesen und können ohne Beziehungen zu anderen Menschen nicht existieren. Was aber ist eine Beziehung und welche Funktionen hat sie?

Interaktionsmuster und Beziehungsschemata

Laut Jens Asendorpf, Reiner Banse und Franz J. Neyer (2017) ist eine Beziehung ein soziales Interaktionsmuster. Von einem Interaktionsmuster wird gesprochen, wenn das Verhalten zweier Menschen voneinander abhängig ist. Das Verhalten der einen Person ist eine Reaktion auf das vorangehende Verhalten der anderen Person. Das wird als Verhaltenskette oder Interaktionsepisode bezeichnet. In diesen Interaktionsepisoden entstehen Interaktionsmuster (S. 11-12). Das bedeutet, dass beide Personen in ähnlichen Situationen dieselben Verhaltensweisen oder Verhaltensmuster zeigen. Nach einigen Interaktionsepisoden entsteht meist ein stabiles Interaktionsmuster und daraus eine Interaktionsgeschichte. Damit entsteht innerhalb der Dyade (Zweierbeziehung) eine gewisse Vorhersagbarkeit des künftigen Verhaltens (ebd.). In der Alltagspsychologie wird in diesem Fall von einer Beziehung gesprochen.

Rollenbeziehung und Rollenerwartung

Mit der Vorstellung von Beziehung gehen auch Rollenerwartungen einher. Asendorpf et al. (2017) definieren die Rollenbeziehungen folgendermassen: «Rollenbeziehungen sind soziale Beziehungen, die durch die sozialen Rollen der beiden Bezugspersonen bestimmt sind» (S. 16). Das Interaktionsmuster der Rollenträger*innen bleibt stabil, weil die Rolle eine kulturell bestimmte Erwartung an das Verhalten hat. Würde die Person einer Rolle ausgetauscht, so bliebe das Interaktionsmuster ähnlich, weil die Beziehung an die Rolle gekoppelt ist. Je länger aber eine Rollenbeziehung dauert, desto persönlicher kann sie werden und entspricht dann wieder einer Beziehung innerhalb einer Dyade (Asendorpf et al., 2017, S. 16–17).

Beziehungsqualität

Ein weiterer Aspekt ist die Beziehungsqualität. Die Qualität einer Beziehung enthält die ganze Bandbreite von «verstehen», «bestätigen», «ermuntern» bis «herabsetzen», «beschuldigen», «bestrafen» oder «annähern», «lieben» und «angreifen» oder «zurückweisen». Je nachdem, wie

sich die Beteiligten verhalten und das Verhalten des Gegenübers interpretiert wird, wird über die Beziehungsqualität entschieden (Asendorpf et al., 2017, S. 38–39).

Beziehungsfunktion

Robert Weiss (Weiss, 1974; zit. in Asendorpf et al., 2017) geht davon aus, dass Beziehungen im Erwachsenenalter sechs Unterstützungsfunktionen leisten können: Bindung, Verlässlichkeit, Selbstwertstärkung, soziale Integration, Beratung und Gelegenheit zur eigenen Unterstützung. Je nach Alter und Beziehungstyp können die Funktionen besser oder schlechter geleistet werden (S. 40-41).

Weitere Einflüsse auf die Beziehungsgestaltung

Asendorpf et al. (2017) beschreiben, wie sich Beziehungen verändern können. Die (Beziehungs-) Bedürfnisse können sich verändern oder die Beziehungsfunktion. Weiter haben interne (in der Person selbst liegende) oder externe Ursachen (Wohnsituation, sozioökonomischer Status oder kultureller Kontext) einen Einfluss auf die Beziehung (S. 41).

Zusammengefasst ist die Beziehung eine Interaktion zwischen zwei (oder mehreren) Personen, die ein spezifisches Interaktionsmuster entwickelt hat und soziale Rollen erfüllt. Eine Beziehung ist komplex und wird von vielen Faktoren beeinflusst.

2.1.2 KOMMUNIKATION

Nebst den oben aufgeführten Beziehungsmerkmalen gehört zur Beziehung die Kommunikation. Paul Watzlawick, Janet H. Beavin Bavelas und Don D. Jackson (1982) haben fünf Grundsätze (Axiome) der zwischenmenschlichen Kommunikation beschrieben. Als Kommunikation wird einerseits eine einzelne Mitteilung (*message*) oder ein wechselseitiger Ablauf von Mitteilungen zwischen zwei oder mehreren Personen verstanden (Interaktion). Die Kommunikation beschränkt sich nicht auf verbale Äusserungen, sondern beinhaltet auch paralinguistische Phänomene wie Tonfall, Sprachgeschwindigkeit, Lachen, Pausen oder die Körpersprache. Mit Kommunikation ist in diesem Fall jegliches Verhalten gemeint, das auch Schweigen, Ignorieren, Nichthandeln als Kommunikationsformen beinhaltet. Damit ist das *erste Axiom* beschrieben: *Man kann nicht nicht kommunizieren*. Das *zweite Axiom* geht davon aus, dass jegliche Kommunikation einen *Inhalts-*

und einen Beziehungsaspekt beinhaltet. Der Inhalt vermittelt die «Daten» und der Beziehungsaspekt vermittelt, wie diese Daten aufzufassen sind (Watzlawick et al., 1982, S. 50–53). Das *dritte Axiom* besagt: *Die Natur einer Beziehung ist durch die Interpunktion der Kommunikationsabläufe seitens der Partner bedingt* (Watzlawick et al., 1982, S. 61). Der ununterbrochene Austausch von Mitteilungen ist eine Interaktion. In dieser Interaktion stellt sich die Frage nach dem Anfang. Hat Person A auf die Aussage von Person B reagiert und B wiederum auf die Aussage von A? Oder umgekehrt? Die Frage nach dem Anfang der Kommunikation ist die Wurzel vieler Beziehungskonflikte (Watzlawick et al., 1982, S. 57–58). Das *vierte Axiom* beschreibt den Unterschied zwischen *digitaler und analoger Kommunikation*. Unter digitaler Kommunikation wird die Verwendung von Namen oder Begriffen für die Beschreibung von Gegenständen oder die Vermittlung von Wissen verstanden. Die analoge Kommunikation ist das Gebiet der Beziehung. Nicht die Bedeutung der Worte sind wichtig, sondern wie der Inhalt vermittelt wird, z. B. durch Tonfall oder Gestik (Watzlawick et al., 1982, S. 62–64). Das *fünfte Axiom* bezeichnet die *symmetrische und komplementäre Interaktion*. Die symmetrische Interaktion strebt die Gleichheit zwischen den Partnern an, während in der komplementären Interaktion sich eine Person zur anderen ergänzend verhält (Watzlawick et al., 1982, S. 69).

Kommunikation ist mehr als der Austausch von Worten zwischen Personen. Es beinhaltet die Mitteilung, den Beziehungsaspekt und Kommunikationsablauf, die Symmetrie und die nonverbale Kommunikation. Menschen können nicht anders als miteinander zu kommunizieren. Bevor die Beziehung und die Kommunikation in der Beratung zusammengeführt werden können, soll im folgenden Abschnitt das Beratungsverständnis erläutert werden.

2.2 BERATUNG

Die auf dem Markt erhältliche Beratungsliteratur ist unübersichtlich geworden. Für jedes Lebensproblem gibt es unzählige Bücher, die Abhilfe versprechen (Susanne Nußbeck, 2014, S. 18). Nussbeck (2014) sammelt verschiedene Beratungsdefinitionen und fasst gemeinsame Kriterien zusammen. Sie kommt zum Schluss, dass Beratung ein zwischenmenschlicher Prozess ist, der über sprachliche Kommunikation verwirklicht wird. Beratung hat verschiedene Funktionen wie die Vermittlung von Informationen, die Förderung der Autonomie, Orientierungshilfe oder Hilfe bei der Krisenbewältigung. Die Ratsuchenden sind

veränderungswillig und beteiligen sich aktiv am Prozess. Um beraten zu können, benötigen Beratende Fachwissen zum Problemfeld und zur Beratung (Nußbeck, 2014, S. 21).

Gordon L. Lippit und Ronald Lippit (2015) beschreiben Beratung als einen Prozess, in dem Hilfe gesucht und gegeben wird. Ziel ist, eine Person, Gruppe oder Organisation bei der Problembewältigung und Veränderung zu unterstützen und die erforderlichen inneren und äusseren Kräfte zu mobilisieren (S. 3).

2.2.1 BERATUNG IN DER SOZIALEN ARBEIT

Die Fülle der Beratungsformen innerhalb der Sozialen Arbeit ist mindestens so unübersichtlich wie in der allgemeinen Beratungsbranche. Es wird von sozialer, sozialpädagogischer, psychosozialer Beratung oder Sozialberatung gesprochen (Petra Gregusch, 2013, S. 28). Trotz der Entwicklung der Beratung in der Sozialen Arbeit und der Differenzierung von Begriffen und Arbeitsfeldern beschreibt Gregusch (2013) folgender allgemeiner Konsens: Der Gegenstand der Sozialen Arbeit ist eine Individuum-Umwelt/Gesellschaft-Perspektive (S. 27). Das Ziel der Beratung in der Sozialen Arbeit ist, den Menschen in seiner Umwelt zu sehen und die Probleme auf Mikro-, Meso- und Makro-Ebene zu bearbeiten.¹ Auch Hans Thiersch (Thiersch et al., 1977; zit. in Schäfter, 2010) plädiert für eine mehrdimensionale Sicht und den Einbezug der Lebenswelt der Klientel in die Beratung (S. 21).

Esther Abplanalp, Salvatore Cruceli, Stephanie Disler, Caroline Pulver und Michael Zwilling (2020) beschreiben die Beratung in der Sozialen Arbeit unter vier verschiedenen Gesichtspunkten.

¹ Mikroebene bedeutet die Ebene des Individuums, Mesoebene die Ebene der Organisationen/Institutionen und Makroebene die Ebene der Gesellschaft.

Formalisierungsgrad der Beratung

Hier wird zwischen *informeller Beratung*, in der Menschen sich zuerst Hilfe bei Freunden, Familie holen, der *halbformalisierten Beratung* durch Ärzt*innen, Jurist*innen usw. und der *professionellen Beratung* in der Sozialen Arbeit, in der Fachwissen und spezifisches Beratungswissen nötig ist, unterschieden (Abplanalp et al., 2020, S. 24–25).

Wissensbestände der Beratung

In diese Kategorie gehören *feldunspezifische* Beratungskompetenzen wie das Wissen um Kommunikationsmodelle, Beratungstechniken, und *handlungsspezifisches Wissen* zum Feld der Sozialen Arbeit (Ressourcenerschliessung, rechtliche Rahmenbedingungen, etc.) (Abplanalp et al., 2020, S. 25–26).

Kontext der Beratung

Der Beratungsprozess findet auf der Mikroebene, zwischen Klientel und Beratenden, statt. Der gesellschaftliche Auftrag, der an die Institutionen delegiert wird und der Auftrag der jeweiligen Institution, fliessen in den Beratungsprozess mit ein (siehe Abbildung 2) (Abplanalp et al., 2020, S. 27–28).



Abbildung 2: Systemisches Kontextmodell für Beratung, nach Schiersmann (Schiersmann, Christiane, 2013; zit in Abplanalp et al., 2020, 27)

Strukturierung der Beratung

Um die professionelle Beratung zu strukturieren, wurde sie von Esther Weber und Daniel Kunz (2016) in je zwei Kontinua verortet, nämlich zwischen Freiwilligkeit und gesetzlichen Massnahmen und materiellen und psychosozialen Problemen (Weber & Kunz, 2016; zit. in Abplanalp et al., 2020, S. 29). Die Strukturierung zeigt die Funktionen in der Beratung. Dazu gehören Informationsbeschaffung und -vermittlung, Schutz- und Kontrollaufgaben, Stabilisierung, Betreuung und Begleitung und bei Veränderung und Entwicklung unterstützen (siehe Abbildung 3). In der Beratung der Sozialen Arbeit mischen und ergänzen sich diese Funktionen.

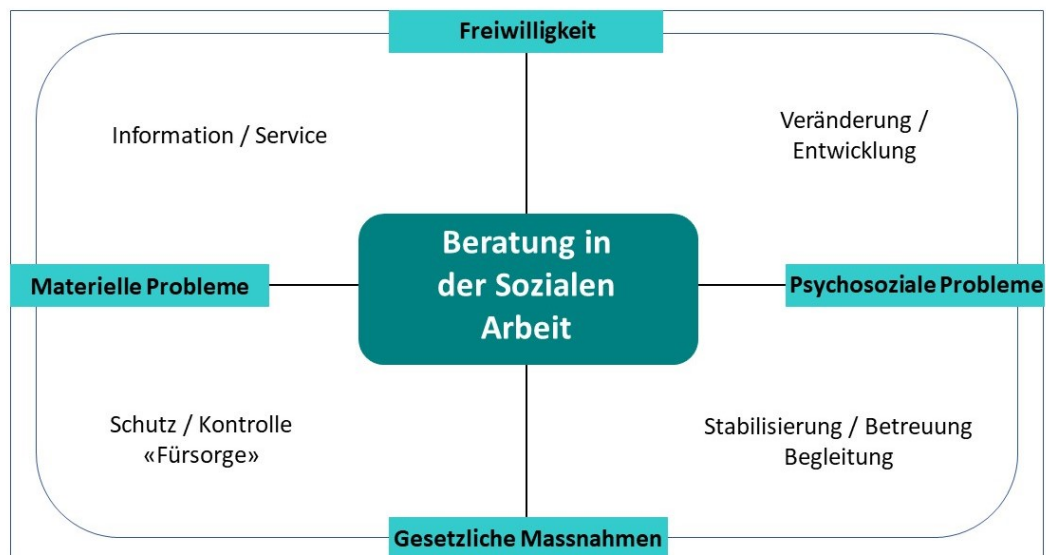


Abbildung 3: Strukturierungshilfe nach Weber und Kunz (Weber & Kunz, 2016, zit. in Abplanalp et al., 2020, S. 29)

In der Beratung der Sozialen Arbeit wird auch zwischen Experten- und Prozessberatung unterschieden. Beide Beratungsformen haben dasselbe Ausgangsproblem (Gregusch, 2013, S. 32; Best, 2020, S. 6; Frank Nestmann et al., 2007; zit. in Best, 2020, S. 7). Expertenwissen der Fachpersonen wäre in der Grafik von Weber & Kunz (2016) (siehe Abbildung 3) bei Information/Service und Schutz/Kontrolle und Prozesswissen bei Veränderung/Entwicklung und Stabilisierung/Betreuung anzusiedeln. Allgemeine Einigkeit besteht laut Gregusch (2013) im Ziel,

klientenzentriert zu arbeiten und in der Beratung das «*Konzept der Hilfe zur Selbsthilfe*» umzusetzen (Gregusch, 2013, S. 27).

2.2.2 ABGRENZUNG ZUR (PSYCHO-)THERAPEUTISCHEN BERATUNG

Die Abgrenzung zwischen (psychosozialer) Beratung und (psycho-)therapeutischen Beratung ist nicht eindeutig. Gregusch (2013) zitiert Autor*innen, die folgende Unterscheidung zwischen Beratung und Therapie vornehmen: Der Hauptunterschied ist der Problembezug. Psychotherapie ist mehr auf das «Innen», die Bearbeitung von individuellen, intrapersonellen Problemen, bzw. die Heilung oder Besserung einer Krankheit und Beratung mehr auf das «Aussen» gerichtet. Beim «Aussen» wird der Mensch mit seinen Problemen hauptsächlich in seinem Kontext wahrgenommen. Die Beratung hat die Bearbeitung des Denkens, Fühlens und Handelns der Klientel als Mitmensch in seinem Kontext zum Ziel (Klaus, Sander, 1999, René, Reichel, 2005, Bernd Dewe & Albert Scherr, 1991, Ruth, Grossmass, 2004, Bettina, Meyer, 1991; zit. in Gregusch, 2013, S. 33–35; Ursel Sickendiek et al., 2008; zit. in Best, 2020, S. 12).

Die Themen in beiden Beratungsformen überschneiden sich und können sowohl soziale Aspekte oder heilende Elemente beinhalten. Die Soziale Arbeit hat keinen Auftrag, Krankheiten zu heilen, an dieser Stelle ist die Abgrenzung in der Beratung eindeutig.

2.3 BEZIEHUNGSGESTALTUNG IN DER BERATUNG

Im folgenden Kapitel werden die Erkenntnisse aus den Kapiteln 2.1. bis 2.2 und dem Forschungsprojekt der Hochschule Luzern in förderliche und erschwerende Faktoren für die Beziehungsgestaltung zusammengefasst. Diese Grundlagen gelten für die Beratung von Menschen ohne psychische Störungen wie mit psychischen Störungen. Die Forschungsergebnisse von Burtscher et al. (2020) lassen keinen Zweifel daran, dass eine stabile Beziehung zu einem gelingenden Beratungsprozess beiträgt (S. 52).

2.3.1 FÖRDERLICHE FAKTOREN FÜR DIE BEZIEHUNGSGESTALTUNG

In Kapitel 2.2.1 wurden Beratungsgrundsätze beschrieben. Die Forschungsergebnisse von Burtscher et al. (2020, S. 11-51) bestätigen diese wie folgt:

Helfende Beziehung

Schäfter (2010) beschreibt die Beziehung in der Sozialen Arbeit als helfende Beziehung, die sich je nach Kontext unterscheidet. Zudem ist die Beziehung von Dauer, Intensität oder des zu behandelnden Themas abhängig (S. 38-39). Nach Ruth Bang (1964) zeichnet sich eine helfende Beziehung dadurch aus, dass die Veränderung von Denken, Handeln, Fühlen und Verhalten angestrebt wird (Bang, 1964; zit. in Schäfter, 2010, S. 39; Franz, Stimmer, 2000; zit. in Schäfter, 2010, S. 39).

Freiwilligkeit

Grundsätzlich ist die Beziehungsgestaltung einfacher, wenn sie auf Freiwilligkeit beruht. Im Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit können Beratungen freiwillig aufgesucht werden oder sie werden behördlich verordnet. Diese Unterschiede haben einen entscheidenden Einfluss auf die Beziehungsgestaltung (Schäfter, 2010, S. 59–60).

Rollen und Auftragsklärung

Die professionelle Beziehung ist an eine bestimmte Rolle gebunden, in der konkrete, rollenspezifische Aufgaben übernommen werden und berufsspezifische Qualifikationen voraussetzt (Schäfter, 2010, S. 48). Laut Maja Heiner fließt das Selbstverständnis der Fachpersonen sowie die Einstellung zur Klientel oder dem Angebot der Organisation, in die Rollenübernahme ein (Heiner, 2004; zit. in Schäfter, 2010, S. 51). Auch die Klientel nimmt eine Rolle ein. Insoo Kim Berg hat der Klientel drei mögliche Rollen zugeteilt. Die Rolle der Besucher*innen (weigern sich, Probleme einzugestehen und Verantwortung dafür zu übernehmen), der Klagenden (gestehen sich Probleme ein, können ihrer Ansicht nach nur wenig zur Lösung beitragen) und der Kund*innen (sind bereit, Probleme anzugehen und sie zu lösen) (Berg, 1999; zit. in Schäfter, 2010, S. 52).

Je klarer die Rolle und der Auftrag der Klientel mitgeteilt wird, desto besser kann sie sich orientieren und sich auf die Beziehung und die Zusammenarbeit einlassen (Gregusch, 2013, S. 258). In der Beratung im gesetzlichen Kontext ist die Rollen- und Auftragsklarheit noch entscheidender, da der Handlungsspielraum der Beratenden und der Klientel eingeschränkt ist. Ist der Handlungsspielraum nicht definiert, werden Konflikte unvermeidbar, da verschiedene Erwartungen aufeinandertreffen (Conen & Cecchin, 2007, S. 110; Patrick Zobrist & Harro Dietrich Kähler, 2017, S. 54).

Asymmetrie

Sozialarbeitende verfügen in der Regel über Fachwissen, haben eine grössere Distanz zum Problem und einen grösseren Handlungsspielraum. Das trägt zur Asymmetrie in der Beziehung bei (Schäfter, 2010, S. 54). Laut Schäfter (2010) sind diese strukturellen Unterschiede Teil der Profession (S. 55-56).

Zweckgebunden und zeitlich begrenzt

Weitere Merkmale sozialarbeiterischer Beziehung sind der Zweck und die zeitliche Begrenzung. Die Beziehung hat keinen Selbstzweck, sondern verfolgt Ziele, die mit der Klientel ausgearbeitet und verhandelt werden müssen (Auftragsklärung). Es sollen gemeinsame Lösungen für psychosoziale Probleme gefunden werden. Die Beziehung ist in der Sozialen Arbeit je nach Institution zeitlich begrenzt. (Schäfter, 2010, S. 57).

Fachkompetenz

Unter Fachkompetenz ist *feldunspezifische* Beratungskompetenz und *handlungsspezifisches Wissen* der Sozialen Arbeit gemeint (Nußbeck, 2014, S. 111). Sind Beratende von ihren Kompetenzen überzeugt und strahlen Sicherheit aus, fördert dies das Vertrauen der Klientel und wirkt sich positiv auf die Beziehung aus (Schäfter, 2010, S. 98–99).

Perspektive und Hoffnung

Damit Klient*innen Hoffnung für Veränderungen schöpfen können, brauchen sie eine Idee davon, wie sie ihre aktuellen Schwierigkeiten bewältigen können. Die Erarbeitung von Perspektiven erfordert den Einsatz beider Parteien. Haben beide eine Perspektive, worauf sie hinarbeiten

können, löst dies eine positive Kettenreaktion aus. Die Perspektive führt zu Hoffnung und Hoffnung auf Besserung steigert die Motivation, Veränderungen herbeizuführen. Das wiederum führt zu Erfolgserlebnissen und motiviert weiter (Gregusch, 2013, S. 269; Schäfter, 2010, S. 113–115).

Ressourcenorientierung

Um eine Perspektive zu eröffnen ist es wichtig, bei den individuellen Ressourcen der Klientel anzusetzen und diese zu aktivieren. Zu Beginn eines Prozesses zeigen Klient*innen vermindertes Selbstwertgefühl und wenig Selbstwirksamkeit. Mit der Förderung der Ressourcen werden Klient*innen befähigt, ihre Probleme selbst zu lösen, was sich positiv auf ihre Selbstwirksamkeit auswirkt (Gregusch, 2013, S. 262; Schäfter, 2010, S. 95–97).

Die eben beschriebenen Grundlagen bilden den Beratungskontext und die benötigten Fachkompetenzen. Des Weiteren ist die Kommunikation ein wichtiger Faktor für die Beziehung. Folgende Punkte sind zentral.

Persönliche Haltung

Carl R. Rogers (2012) hat mit seinem personenzentrierten Ansatz in der Beratung einen Grundstein gelegt. Er ging davon aus, dass Menschen zur Reflexion fähig sind und eigene Selbstkonzepte, Grundüberzeugungen und Verhaltensweisen ändern können (S. 66). Damit dies geschieht, müssen folgende Bedingungen seitens Berater*innen gegeben sein: Als erstes sollten Beratende *kongruent*, also echt und unverfälscht sein. Die zweite Bedingung ist das *Akzeptieren*, die Anteilnahme oder Wertschätzung gegenüber der Klientel, die an keine Bedingung geknüpft ist. Die dritte Voraussetzung ist das *empfindsame Verstehen*. Beratende sind gut im Zuhören, versuchen die Emotionen des Gegenübers zu verstehen und verbalisieren diese. Diese drei Bedingungen sind keine «Technik», sondern eine Haltung, die Beratende verinnerlichen sollen (Rogers, 2012, S. 67–68). Diese Haltung korrespondiert mit dem zweiten (Inhalts- und Beziehungsaspekt) und vierten Axiom (analoge Kommunikation) von Watzlawick (s. Kap. 2.1.2).

Präsenz und paraverbale Kommunikation

Schäfter (2010) wie Gahleitner (2017) betonen die unmittelbare physische und psychische Präsenz der Fachpersonen in der Beratung. Dazu gehören Körperhaltung, Tonfall, Augenkontakt oder die Qualität des Daseins. Die Fachperson ist als «ganze Person» gefragt und gefordert (Gahleitner, 2017, S. 282; Schäfter, 2010; Watzlawick et al., 1982).

Weitere förderliche Faktoren sind folgende Beziehungselemente:

Verständnis

Wenn sich die Klientel verstanden und ernstgenommen fühlt, wirkt sich das positiv auf die Beziehung aus (Best, 2020, S. 283). Laut Schäfter (2010) fördert gegenseitiges Verständnis die Beziehungsqualität. Es ist wichtig, die Lebenswelt der Klientel zu verstehen, deren Ressourcen zu aktivieren, sich in angemessener Art persönlich zu öffnen und kompetent zu kommunizieren (S. 108-109).

Vertrauen

Das Vertrauen der Klientel zu gewinnen gelingt, wenn Beratende am Anfang des Beziehungsprozesses die Klientel über ihre Rolle, die Institution und den Beratungsprozess informieren (Gahleitner, 2017, S. 284). Beratungspersonen müssen persönlich überzeugen, damit die Klientel ihnen vertraut, sich mit der Zeit öffnet und ihre Probleme bearbeiten kann (Schäfter, 2010, S. 106). Sachse (Sachse, 2016) unterscheidet zwischen dem Vertrauen der Klientel in die Beratungsperson und deren Fachkompetenz (S. 30-31).

Nähe und Distanz

Die empirischen Ergebnisse von Gahleitner (2017) zeigen, dass die Klientel die persönliche Note in der Beziehung schätzt (S. 273; Schäfter, 2010, selektive persönliche Öffnung, S. 94-95). Best (2020) hält fest, dass sich die Beziehungsgestaltung in einem dynamischen Spannungsgefüge zwischen Nähe und Distanz bewegt (S. 258). Die Nähe zur Beratungsperson kann wohltuend sein, aber auch übergriffig werden. Die Beratungsperson kann das Bedürfnis nach Nähe befriedigen, sie soll aber auf genügend Distanz achten, um die Selbstwirksamkeit der Klientel nicht zu gefährden (Best, 2020, S. 271).

2.3.2 ERSCHWERENDE FAKTOREN IN DER BEZIEHUNGSGESTALTUNG

Kontext

Der Kontext der Beratung kann für die Beziehungsgestaltung erschwerend sein, hauptsächlich bei gesetzlichen Massnahmen, wenn Klient*innen keine Unterstützung angefordert haben oder sanktioniert werden (Conen & Cecchin, 2007, S. 109).

Macht und Verantwortungsumkehr

Ein erschwerender Faktor in der beraterischen Beziehungsgestaltung ist das Machtgefälle zwischen Beratenden und Klientel. Diese Asymmetrie liegt in der Funktion der Beratenden, die Aufgaben und Ziele der Institution ausführen müssen und im Befinden der Klientel, die sich in einer abhängigeren Situation wiederfindet (Anna Riegler, 2014, S. 176). Riegler und Gregusch gehen davon aus, dass sich diese Asymmetrie nicht auflösen, aber reduzieren lässt (Gregusch, 2013, S. 258; Riegler, 2014, S. 176).

Laut Zobrist und Kähler (2017) wird unterschätzt, welche Macht Klient*innen haben können, indem sie die Verantwortung für ihr Verhalten nicht übernehmen, sondern versuchen, sie in Gesprächen durch Schweigen oder Zurückhaltung den Beratenden zu übergeben. Damit übernehmen sie passiv die Kontrolle über die Beziehung (S. 110).

Erwartungen

Die Klientel kann sehr hohe Erwartung an die Beratenden herantragen, die diese aus unterschiedlichen Gründen nicht erfüllen können. Dies führt beiderseits zu Enttäuschung und nicht selten zu einem Beziehungsabbruch (Zobrist & Kähler, 2017, S. 108). Auch unterschiedliche Bindungserfahrungen und -erwartungen können die Beziehungsgestaltung erschweren (Best, 2020, S. 287).

Die förderlichen und hinderlichen Faktoren wurden in diesem Kapitel voneinander abgegrenzt und den Bereichen Beratung, Kommunikation und Beziehung zugeordnet. In der Realität fliessen diese Bereiche ineinander ein und beeinflussen sich gegenseitig.

Die bisherigen Darstellungen bilden die Grundlagen für die Beziehungsgestaltung in der Beratung. Um die Beratungsbeziehung mit Menschen mit psychischen Störungen gestalten zu können, benötigen Fachpersonen allgemeine und spezifische Kenntnisse zu psychischen Störungen. Diese Grundlagen werden im folgenden Kapitel gelegt.

3 PSYCHISCHE STÖRUNGEN

Zur Beziehungsgestaltung mit Menschen mit psychischen Störungen kommen erschwerende Faktoren hinzu. Betroffene zeigen störungsspezifische Verhaltensweisen, die Beratende verstehen und einordnen sollen.

3.1 PSYCHISCHE STÖRUNGEN UND PRÄVALENZ

Der Begriff «psychische Störung» wird heute als Oberbegriff verwendet, der diverse Störungen unter sich vereint. Der Begriff «Krankheit» stammt aus der Medizin und greift für psychische Störungen zu kurz. Psychische Störungen können mehr oder weniger ausgeprägt sein und lassen sich nur schwer in «krank» oder «gesund» einteilen (Stemmer-Lück, 2009, S. 23).

World Health Organization

Die World Health Organization (WHO) bezeichnet in der Ottawa-Charta von 1986 Gesundheit als umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden (WHO, 1986, S. 1). Die WHO Region Europa definiert Gesundheit folgendermassen: «. . . in der alle Menschen in die Lage versetzt und darin unterstützt werden, ihr gesundheitliches Potenzial voll auszuschöpfen und ein möglichst hohes Mass an Wohlbefinden zu erreichen, . . .» (WHO, 2013, S. 42). In der europäischen Version wird nicht ein umfassendes, sondern ein hohes Mass an Wohlbefinden zum Ziel gesetzt.

International Classification of Diseases, und Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Aktuell werden psychische Störungen hauptsächlich mittels der International Classification of Diseases (ICD) und des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) der American Psychological Association (APA) kategorisiert. Diese Kategorisierungen dienen zur Erstellung einer

Diagnose, wobei DSM die Störungen detaillierter beschreibt als ICD (Henrik Walter, 2020, S. 236). Zur Beschreibung der psychischen Störungen wird in der vorliegenden Arbeit die Kategorisierung nach ICD-10² verwendet.

Psychische Störungen

Psychische Störungen lassen sich trotz der Kriterienkataloge wie ICD und DSM nur schwer eindeutig beschreiben. Matthias Berking und Winfried Rief (2012) versuchen, den Begriff «Krankheit» einzuordnen und stellen fest, dass Krankheit als ein von der Norm abweichendes menschliches Erleben ist (S. 11). Sie verwenden fünf Normalitätsbegriffe. Die *Idealnorm* wäre eine vordefinierte Vollkommenheit. Diesen Zustand erleben die wenigsten Menschen über längere Zeit und folglich wäre niemand gesund. In der *statistischen Norm* befinden sich Gesunde um den statistischen Mittelwert herum. Die *soziale Norm* kann in verschiedenen Gesellschaften anders ausfallen. Weiter gibt es die *subjektive Norm*, in der das Individuum selbst festlegt, was es als normal empfindet. Für eine gesellschaftlich allgemeingeltende Norm reicht das nicht aus. Zuletzt wird die *funktionale Norm* beschrieben, die Menschen daran misst, ob sie die ihnen zugetragenen Funktionen erfüllen können, z. B. einer Arbeit nachgehen (ebd.).

Anders geht Stemmer-Lück (2009) vor. Sie beschreibt vier mögliche Merkmale einer Störung: Devianz, Leidensdruck, Beeinträchtigung im Alltag und Selbst- und Fremdgefährdung (S. 23-25).

² ICD-11 erscheint in Deutsch im Jahr 2022.

Walter (2020) wiederum definiert psychische Erkrankung folgendermassen:

«Eine psychische Erkrankung ist eine mentale Dysfunktion, d.h. eine Behinderung, Störung oder Beeinträchtigung einer oder mehrerer grundlegender psychischer Fähigkeiten einer Person, die zu klinisch relevantem subjektivem Leiden oder Beschwerden führt und damit Alltagsfähigkeiten in klinisch relevanter Weise beeinträchtigt. Sie ist nicht durch einfachen Willensentschluss oder zumutbare Anstrengung kontrollierbar, kein unvermeidbar universell vorkommender Prozess (wie z. B. Erschöpfung, Trennungsstress oder Angst vor Schmerzen), keine erwartbare und kulturell anerkannte Reaktion auf Stressoren oder Verluste (wie Trauer), und keine soziale Werte-, Präferenz- oder Verhaltensabweichung (z. B. politisch, religiös, oder sexuell), sofern sie nicht durch eine oder mehrere davon unabhängige mentale Dysfunktionen sekundär zustande kommt.» (S.238)

Prävalenz psychischer Störungen

Walter (2020) verweist auf eine Studie von Hans-Ulrich Wittchen und Jürgen Hoyer (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 70), die aufgrund der Diagnosen mittels ICD die Prävalenz psychischer Krankheiten in Europa ermittelt haben. Dabei haben 38.2% der Bevölkerung in Europa mindestens eine der 27 psychischen Störungen, das sind ca. 165 Mio. Menschen. 90% der Störungen sind leicht bis mittelgradig und nur 10% sind schwer (S. 239-240).

Die häufigsten Störungen sind Affektive Störungen (Depressionen, Bipolare Störungen), Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit oder Jugend (ADHS), neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (Angststörungen, Phobien) und Suchtstörungen. Seltener sind Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen (Walter, 2020, S. 241).

Psychische Störungen zu beschreiben und eindeutig voneinander abzugrenzen, scheint fast unmöglich zu sein. Walter (2020) resümiert, dass die Abgrenzung über den Schweregrad der Störung erfolgt (S. 238). Welche Konsequenzen psychische Störungen haben können, zeigt folgender Abschnitt.

3.2 SOZIALE DIMENSION PSYCHISCHER STÖRUNGEN

Der Fokus der vorliegenden Arbeit liegt in der Beziehungsgestaltung innerhalb der Beratung. Diese findet auf individueller Ebene statt. Psychische Störungen einzig auf individueller Ebene beschreiben zu wollen, wäre eine verkürzte und einseitige Sicht und täte den Betroffenen Unrecht. Psychische Störungen haben eine soziale Dimension. Sommerfeld et al. (2016) beschreiben den Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Normen, die auf das Verhalten des Individuums einwirken. Dieses individuelle Verhalten bestätigt wiederum die gesellschaftlichen Normen. Die Autor*innen beschreiben das als zirkuläre Kausalität. Soziale Prozesse wirken auf bio-psychische Prozesse und diese wiederum auf soziale Prozesse. Sie sind eng miteinander verknüpft und stabilisieren sich gegenseitig (S. 97-98).

Sommerfeld et al. (2016) nennen weitere soziale Merkmale psychischer Störungen. Sie beschreiben Unterschiede zwischen dem Geschlecht und den Störungen. Frauen leiden eher unter Essstörungen, Depressionen und Angststörungen. Sie verüben mehr Suizidversuche. Männer leiden eher unter Sucht- und Persönlichkeitsstörungen und vollenden Suizid (S. 104). Der sozio-ökonomische Status hat einen erheblichen Einfluss auf die psychische Gesundheit. Je niedriger der Sozialstatus, desto höher die Prävalenz psychischer Störungen. Der sozio-kulturelle Status, die Möglichkeit, sich gesellschaftlich, wirtschaftlich und politisch einzubringen, wirken sich positiv auf die psychische Gesundheit aus (Sommerfeld et al., 2016, S. 106–109). Weiter zeigt die Forschung, dass die *«soziale Integration und soziale Unterstützung die besten Schutzfaktoren vor körperlicher und psychischer Erkrankung sind»* (Helmut Pauls, 2004; zit. in Sommerfeld et al., 2016, S. 110).

Eine weitere soziale Dimension psychischer Störungen ist die Stigmatisierung. Public Health Schweiz (Public Health Schweiz, 2012) definiert in ihrem Positionspapier die Stigmatisierung folgendermassen: *«Ein körperliches, psychisches, soziales oder verhaltensbezogenes Merkmal einer Person, das ihr von anderen zugeschrieben wird und das die Person in Folge von anderen unterscheidet, herabsetzt oder ausgrenzt sowie der Person weitere (Verhaltens-) Regeln zuschreibt»* (S. 3). Interpersonell werden Betroffene aus Angst gemieden, vor allem wenn sie unter Schizophrenie oder Suchterkrankungen leiden. Auf sozialpolitischer Ebene folgen Einschränkungen der Bürgerrechte (Verlust des Stimmrechts bei Vormundschaft), Diskriminierung im Arbeitsmarkt oder bei der Wohnungssuche. Menschen mit Störungen werden

unterschätzt, falsch diagnostiziert und unterbehandelt. Auf individueller Ebene schränkt die Stigmatisierung die persönlichen Lebensziele Betroffener ein, daraus folgt ein vermindertes Selbstwertgefühl, was sich wiederum auf die Lebensgestaltung auswirkt. Diese Selbststigmatisierung hat Folgen. Betroffene nehmen spät oder gar keine professionelle Hilfe in Anspruch, was die Krankheit chronifizieren kann zu Leistungsabfall, Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsplatzverlust und bis zu Suizid führen kann (Public Health Schweiz, 2012, S. 3–4).

Psychische Störungen haben auf verschiedenen Ebenen Konsequenzen. Wie lassen sie sich erklären und werden dadurch nachvollziehbarer? Folgend werden zwei Erklärungsmodelle dargelegt.

3.3 ERKLÄRUNGSMODELLE FÜR PSYCHISCHE STÖRUNGEN

In der Literatur werden verschiedene Erklärungsmodelle für psychische Störungen beschrieben, dabei sticht das Vulnerabilitäts-Stress-Modell heraus. Überzeugend an diesem Modell ist die Integration der biologischen, psychologischen und sozialen Aspekte, die zu einer Störung führen können. Das Modell verdeutlicht, wie komplex die Entstehung von Störungen ist.

Klaus Grawe (2004) hat ein eigenes Beschreibungs- und Erklärungsmodell auf neurobiologischer Grundlage entwickelt. Aufgrund dieses Modells erarbeitet er in seiner Konsistenztheorie vier grundlegende Bedürfnisse, die befriedigt werden wollen. Diese vier Grundbedürfnisse sind verständlich beschrieben und für die Beratung gewinnbringend einsetzbar.

3.3.1 VULNERABILITÄTS-STRESS-MODELL

Als erstes Erklärungsmodell wird das Vulnerabilitäts-Stress-Modell beschrieben. Die folgende Abbildung veranschaulicht das Modell:

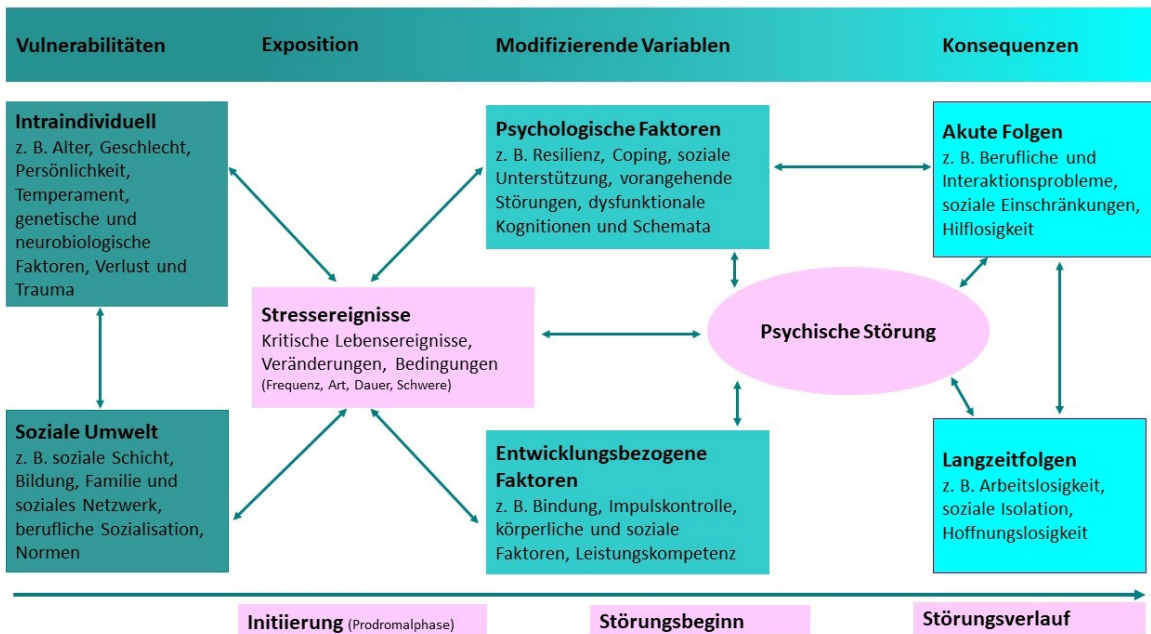


Abbildung 4: Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Hans-Ulrich Wittchen & Jürgen Hoyer, 2011, S. 21)

Vulnerabilitäten

Unter Vulnerabilität wird die Disposition einer Person verstanden, unter Belastung psychopathologische Symptome zu entwickeln (Berking & Rief, 2012, S. 20). In die Kategorie der Vulnerabilitäten gehören *Risiko- und Schutzfaktoren*. In Zwillings- und Familienstudien wurde festgehalten, dass eineiige Zwillinge deutlich höhere Konkordanzraten für gewisse Störungen aufweisen als zweieiige Zwillinge. Damit ist eine genetische Disposition gegeben. Gleichzeitig wurde gezeigt, dass eine genetische Disposition nicht zwangsläufig zu einer psychischen Störung führt, sondern erst in der Interaktion mit Umwelterfahrungen oder anderen Einflüssen gefördert wird (Berking & Rief, 2012, S. 21). Prä- und perinatale Schädigungen wie

Stoffwechselerkrankungen der Mutter, Einnahme toxischer Substanzen während der Schwangerschaft, Frühgeburt etc. können zu Aufmerksamkeits- und Gedächtnisdefiziten, Impulskontrollstörungen sowie intellektuellen und sprachlichen Beeinträchtigungen führen. Solche Defizite können bestimmten Störungen wie z. B. ADHS fördern. Das Geschlecht spielt eine wesentliche Rolle für die Störungsentstehung. Das Alter gilt als Schutz- oder Risikofaktor. Erstmanifestationen für psychische Störungen sind vor allem im mittleren Erwachsenenalter zu verzeichnen. Das Temperament und die Persönlichkeit haben einen Einfluss auf die Störungsentwicklung. Ängstlichkeit, Introversioin oder geringes Selbstwertgefühl wirken sich verschieden aus. Bei Menschen, die aversive Erfahrungen vermeiden oder mit Substanzen unterdrücken wollen, ist die Gefahr höher, psychische Störungen zu entwickeln. Psychische Störungen bergen das Risiko für weitere Störungen und tragen zur Komorbidität bei. Auch vorangegangene Störungen können in einem späteren Verlauf wieder hervortreten oder weitere Störungen fördern. Die Kultur kann mit ihren Normen, Denk- und Handlungsweisen, Bildungssystemen, Familienstrukturen etc. bei der Entstehung von Störungen eine Rolle spielen. Ebenso wirkt sich der sozioökonomische Status aus. Ein niedriger Status führt zu statusspezifischen Belastungen, dieser wiederum zu Statusverlust, welcher über mehrere Generationen beobachtet werden kann. Das elterliche Erziehungs- und Bindungsverhalten trägt wesentlich zu den Risiken oder Schutzfaktoren bei. Negative Bindungserfahrungen können internalisiert werden und das Selbst- und Weltbild verfestigen, was später zu einer depressiven Störung beitragen kann. Fürsorgerische Bindungen gelten als Schutzfaktor (Berking & Rief, 2012, S. 21–24; Sommerfeld et al., 2016, 112-127).

Exposition

Zu den *Auslösern* einer psychischen Störung können kritische Lebensereignisse wie der Tod des/der Partner*in, Umzug oder Heirat sein. All diese Ereignisse erfordern eine hohe Anpassungsleistung der beteiligten Personen. Auch tägliche Widrigkeiten (daily hassles) wie Streit mit Nachbarn oder Langeweile bei der Arbeit können einen Einfluss haben. Interpersonale Verletzungen, Verluste und Konflikte sind Stressoren, die als Auslöser (oder aufrechterhaltende Bedingungen) gelten (Berking & Rief, 2012, S. 24–25).

Modifizierende Variablen

Es gibt diverse *Moderatoren*, die die Störungsentwicklung beeinflussen. So spielt das Coping, der Umgang einer Person mit den Belastungen und ihrer Bewältigungskompetenzen, eine Rolle. Stimmen Belastung und Bewältigungskompetenzen nicht überein, wird Stress ausgelöst, der zu psychischen Störungen führen kann. Problemlösekompetenzen sind Schutzfaktoren. Dazu gehört eine konstruktive Einstellung zu Problemen plus die Fähigkeit, Probleme zu analysieren, Veränderungen anzustreben sowie Veränderungsideen zu generieren und umzusetzen. Soziale Kompetenzen und Unterstützung werden als Puffer gesehen, die verhindern, dass Belastungen zu psychischen Störungen führen. Motivationale Kompetenzen beschreiben die Fähigkeit, sich von unrealistischen Zielen und Erwartungen zu lösen. Dieses Loslösen erlaubt dann, sich wieder neue und erreichbare Ziele zu setzen (Berking & Rief, 2012, S. 25–26).

Zur weiteren Erklärung von psychischen Störungen gehören *aufrechterhaltende Bedingungen*. Dazu gehören positive Rückkoppelungsprozesse innerhalb der Störung, die wie ein Teufelskreis wirken. Menschen mit einer depressiven Störung haben eine bedrückte, freudlose Stimmung, die sie passiv werden lässt. Durch diese Passivität werden angenehme, von negativen Gefühlen ablenkende Erfahrungen, verhindert, was sich wiederum negativ auf die Stimmung auswirkt. Störungen können positive Konsequenzen haben, vor allem wenn Betroffene Aufmerksamkeit und Verständnis erhalten. Langfristig führt dies zum Rückzug des Umfelds und verstärkt die Störung. Auch belastende Folgen der Störung, wie z. B. Arbeitslosigkeit, können die Störung aufrechterhalten. Störungen können erhalten bleiben, wenn Betroffene die vorhandenen Angebote nicht kennen, sie aufgrund Stigmatisierungsängsten nicht beanspruchen oder Vorbehalte gegenüber Therapien haben (Berking & Rief, 2012, S. 26).

Konsequenzen

Psychische Störungen können akute Folgen haben wie z. B. die Gefahr eines Suizidversuchs oder vollendeten Suizids, aber auch Beziehungen können darunter leiden (siehe Abbildung 4). Langzeitfolgen zeigen sich durch Arbeitslosigkeit, Hoffnungslosigkeit, soziale Isolation, fehlende psychiatrische Behandlung und Fremd- und Selbststigmatisierung. Unter den Langzeitfolgen gehören die unter Punkt 3.2. genannten Konsequenzen psychischer Störungen.

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell zeigt die Komplexität der Entstehung psychischer Störungen. Intraindividuelle Voraussetzungen, das soziale Umfeld, Stressereignisse und der Umgang mit diesen Ereignissen sind entscheidende Faktoren, ob und in welcher Form sich eine Störung entwickelt.

3.3.2 KONSISTENZTHEORIE NACH KLAUS GRAWE

Ein weiteres Erklärungsmodell ist das von Klaus Grawe. Mit seiner Konsistenztheorie erklärt er intrapsychische Vorgänge und das Entstehen psychischer Störungen.

Struktur der Konsistenztheorie

Grawe (2004) hat in seiner Forschungstätigkeit neurologische Erkenntnisse mit der Psychotherapie verknüpft und mit seiner Konsistenztheorie einen eigenen, theoretischen Ansatz begründet (S. 188). Den Begriff Konsistenz beschreibt Grawe (2004) als einen Zustand des Organismus. Konsistenz ist die *Übereinstimmung, bzw. Vereinbarkeit der gleichzeitig ablaufenden neuronalen/psychischen Prozesse* oder anders ausgedrückt, Konsistenz bezieht sich auf die Relationen intrapsychischer Prozesse und Zustände (S. 186). Der menschliche Organismus bevorzugt Konsistenz und hat entsprechende Mechanismen entwickelt, um Inkonsistenz zu vermeiden. Das Streben nach Konsistenz ist nicht mit einem Bedürfnis gleichzusetzen, sondern als ein grundlegendes Prinzip zu verstehen (ebd.).

Folgende Abbildung soll das Konsistenzmodell und die Zusammenhänge erläutern:

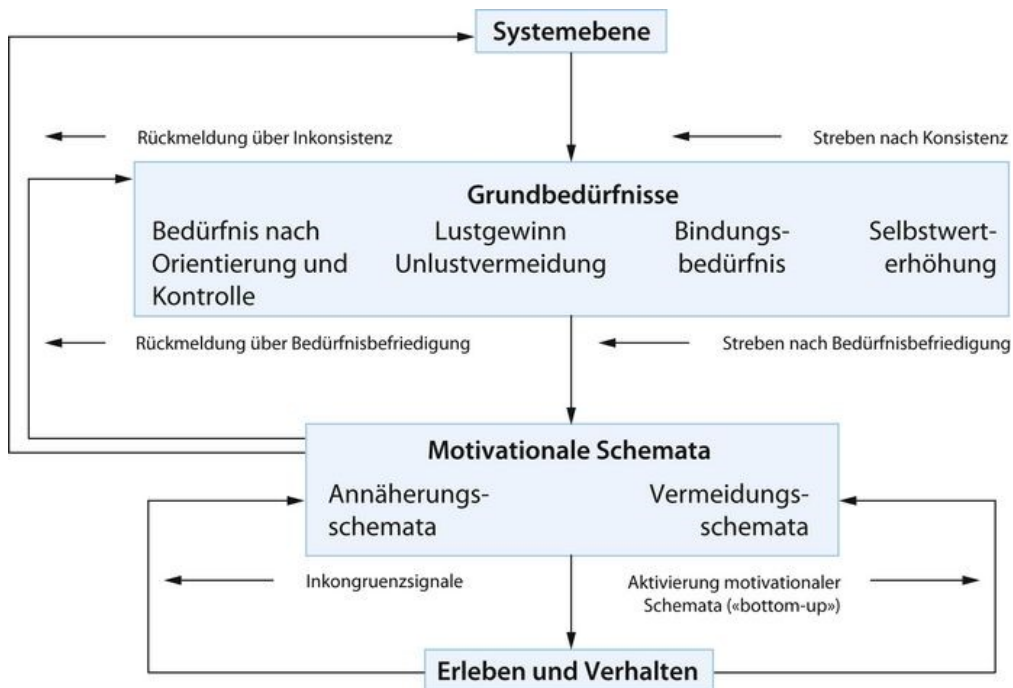


Abbildung 5: Konsistenztheorie nach Grawe (Grawe, 2004, S. 189)

Auf der untersten Ebene sind das Erleben und Verhalten eines Menschen dargestellt. Es wird unmittelbar von seinen motivationalen Schemata bestimmt. Die motivationalen Schemata sind die Mittel, die ein Individuum im Laufe seines Lebens entwickelt, um seine Grundbedürfnisse zu stillen oder vor Verletzung zu schützen. Die motivationalen Schemata lassen sich in Annäherungs- und Vermeidungsschemata unterteilen. Wenn ein Mensch in einem Umfeld aufwächst, in dem er seine Bedürfnisse befriedigen kann, entwickelt er hauptsächlich annähernde motivationale Ziele. Menschen mit diesen Voraussetzungen erlernen ein differenziertes Verhaltensrepertoire, mit dem sie ihre Ziele unter verschiedenen Bedingungen erreichen können. Wächst ein Mensch in einer Umgebung auf, in der seine Grundbedürfnisse immer wieder verletzt, bedroht oder enttäuscht werden, wird er Vermeidungsschemata entwickeln, um sich zu schützen. Diese Schemata sind im Gehirn so gebahnt, dass sie weiterwirken, auch wenn eine Situation eine positive Bedürfnisbefriedigung ermöglichen würde (Grawe, 2004, S. 188). Auf der Ebene des Erlebens und Verhaltens erhält das Individuum Rückmeldung darüber, inwieweit die aktivierten motivationalen Ziele erreicht oder verfehlt worden sind. Diese werden als Inkongruenzsignale

bezeichnet. Die Zielerreichung führt zu positiven, die Inkongruenz zu negativen Emotionen. Zu einer Annäherungsinkongruenz kommt es, wenn Annäherungsziele nicht erreicht werden. Das ist der Fall, wenn die stärker gebahnten Vermeidungstendenzen die Annäherungstendenzen hemmen. Eine Vermeidungsinkongruenz entsteht, wenn es nicht gelingt, befürchtete Erfahrungen zu vermeiden und Schlimmes eintritt (Grawe, 2004, S. 189). Inkongruenz meint die Abweichung zwischen der Wahrnehmung der Realität auf der einen Seite und den aktivierten Zielen, Erwartungen und Überzeugungen auf der anderen Seite. Inkongruenz bezieht sich auf die Interaktion zwischen Individuum und Umgebung (Grawe, 2004, S. 235).

Vier Grundbedürfnisse

Innerhalb der Konsistenztheorie spielt die Bedürfnisbefriedigung eine wichtige Rolle. Grawe (2004) nennt die Bedürfnisse nach Bindung, Orientierung und Kontrolle, Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz sowie nach Lustgewinn und Unlustvermeidung. Sind diese vier Grundbedürfnisse gestillt, erfahren Menschen Wohlbefinden (S. 183-186).

Bedürfnis nach Bindung

Das Bedürfnis nach Bindung ist intensiv erforscht und sehr gut belegt. John Bowlby und Mary Ainsworth (1978) haben in ihren Untersuchungen mit Kleinkindern vier Bindungsstile beschrieben. Die sichere Bindung, unsichere Bindung/vermeidendes Beziehungsverhalten, unsichere Bindung/ambivalentes Beziehungsverhalten und unsichere Bindung/desorganisiertes oder desorientiertes Beziehungsverhalten (Bowlby & Ainsworth, 1978; zit. in Grawe, 2004, S. 193–194). Ein Kind verinnerlicht schon in den ersten Monaten dyadische Beziehungserfahrungen. Diese werden im Gedächtnis in Form von Wahrnehmungs-, Verhaltens-, emotionalen Reaktionsbereitschaften und motivationalen Bereitschaften gespeichert. In einer guten und sicheren Bindung findet ein Kind Zuflucht, Schutz, physische Nähe, Sicherheit und Trost. Ungünstige Schemata entwickeln sich dann, wenn die Bezugsperson nicht erreichbar oder in ihrem Verhalten nicht konsistent, nicht vorhersehbar ist (ebd.). Sicher gebundene Kinder entwickeln ein gutes Selbstwertgefühl, Resilienz und Sozialverhalten, sind beziehungsorientiert, empathisch und bei anderen beliebt. Unsicher Gebundene können ihre Bedürfnisse und Wünsche nicht äussern, werden von anderen Kindern gehänselt und sind unbeliebter. Sicher gebundene Kinder machen positivere Lebenserfahrungen als unsicher gebundene. Diese Schemata wirken bis ins Erwachsenenleben (Grawe, 2004, S. 208–209). Unsicher Gebundene können ihr

Grundbedürfnis nach Bindung nicht befriedigen, auch nicht die Bedürfnisse nach Kontrolle oder Selbstwerterhöhung. Diese Bedürfnisse werden verletzt. Damit lernen sie Vermeidungsschemata, die mit den Annäherungsschemata in ständigem Konflikt stehen. Daraus ergibt sich ein hohes Inkongruenzniveau (Grawe, 2004, S. 209). Untersuchungen haben ergeben, dass der Anteil unsicher gebundener Personen bei psychischen Störungen wie Depressionen, Angst-, Ess-, Suchtstörungen, Schizophrenie oder Borderlinestörung massiv erhöht ist (Grawe, 2004, S. 213).

Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle

Das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle beinhaltet die Erfahrung, mit eigenem Verhalten Ziele zu erreichen. Das führt zu positiven Selbstwirksamkeits- und Kontrollerfahrungen. Annäherungsziele sind einfacher zu kontrollieren, weil diese klar sind und Menschen sich darauf hinbewegen. Vermeidungsziele beinhalten das Sich-wegbewegen-von- etwas. Es gibt kein klares Ziel, das erreicht werden kann. Bei Vermeidungszielen kann sich die Person nie sicher sein, das Ziel zu erreichen, weil sie zur Zielerreichung nichts beitragen kann. Um das Vermeidungsziel kontrollieren zu können, benötigt sie ständige Aufmerksamkeit. Dies führt zur Inkongruenz oder zu Stress. Kann die Person den Stress kontrollieren und die Herausforderung bewältigen, entwickelt sie neue Fähigkeiten (Grawe, 2004, S. 238–239). Lässt sich die Inkongruenz nicht kontrollieren und regulieren, bleiben Angst und Stress zurück (Grawe, 2004, S. 248–249).

Um etwas kontrollieren zu können, benötigt eine Person die Übersicht über die Situation. Damit ist das Bedürfnis nach Orientierung gemeint. Nicht zu wissen, wie Erfahrungen oder Wahrnehmungen einzuordnen sind, ist für Betroffene sehr schwierig. Erst wenn Betroffene über ihre Situation informiert sind und wissen, wie sie sich verbessern lässt, können sie sich orientieren und erhalten die Kontrolle zurück. Dies wiederum steigert das Wohlbefinden (Grawe, 2004, S. 233).

Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz

Um ein Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung zu befriedigen, müssen gewisse Voraussetzungen erfüllt sein. Dazu gehört das Bewusstsein seiner selbst als Individuum und Reflexionsfähigkeit. Ohne diese Fähigkeiten entstehen weder Selbstbild noch Selbstwertgefühl (Grawe, 2004, S. 250). Das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung ist ein menschliches Bedürfnis. Auch Menschen mit einem geringen Selbstwertgefühl haben das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung, das z. B. über

die Identifikation mit Helden, Sportteams oder Nationalstolz befriedigt werden kann. Der Selbstwert wird damit indirekt aufgewertet. Ebenso verifiziert ist das Bedürfnis nach Selbstwertschutz. Menschen erinnern sich schlechter an abwertende Aussagen als an selbstwerterhöhende Aussagen. Die Tendenz zum Selbstwertschutz ist dann erhöht, wenn Personen eine hohe Leistungsorientierung, hohe Selbstachtung haben und externe Kontrollerwartungen vorhanden sind (Grawe, 2004, S. 255–257).

Empirisch wurde dargelegt, dass selbstwerterhöhendes Verhalten mit psychischer Gesundheit korreliert. Gesunde Menschen neigen zu Selbstwertillusionen, sie «lügen sich in die Tasche». Die Illusionen führen zu positiveren Gefühlen, als gerechtfertigt wäre. Sie führen zu einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung. Menschen in diesem Zustand funktionieren besser, was wiederum zu einem besseren Zustand führt (Grawe, 2004, S. 258–259).

Menschen mit depressiven Störungen und solche mit niedrigem Selbstwertgefühl schätzen sich realistischer ein, die Selbst- und Fremdwahrnehmung liegen näher beieinander. Das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung ist reduziert oder nicht vorhanden. Grawe sieht das fehlende Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung nicht als Ursache für psychische Störungen, sondern als deren Folge (Grawe, 2004, S. 259–260).

Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung

Das Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung ist eines der offensichtlichsten Bedürfnisse. Menschen streben nach angenehmen Zuständen und vermeiden unangenehme. Dieses komplexe Motivationssystem beinhaltet eine automatische Bewertung aller Erfahrungen in die Qualitätskategorien «gut-schlecht» (Grawe, 2004, S. 261).

Diese emotionale Bewertung von Reizen ist kein bewusster Vorgang. Wie ein Reiz bewertet wird, ist von den Erfahrungen und dem momentanen Zustand der bewertenden Person abhängig. Viele dieser gut-schlecht-Bewertungen werden erlernt (Grawe, 2004, S. 262). Wird etwas als gut bewertet, z. B. Reisen oder Arbeiten, dann wird diese mit intrinsischer Motivation ausgeführte Tätigkeit als «flow experience» bezeichnet ((Mihály Csikszentmihalyi, 1990; zit. in Grawe, 2004, S. 264). Aus Grawes Sicht ist das mit einem Zustand der völligen Konsistenz psychischer Prozesse zu vergleichen. Die Wahrnehmung und Ziele stimmen überein. Es gibt keine konkurrierende

Intention oder Inkongruenz. Die Erfahrung ist durchwegs positiv und spiegelt ein Moment optimaler psychischer Gesundheit wider (Grawe, 2004, S. 264–265).

Für die psychische Gesundheit ist die Unterscheidung zwischen Annäherungs- und Vermeidungszielen entscheidend. Erreichte Annäherungsziele sind mit positiven Emotionen verbunden. Vermeidungsziele erfordern eine dauernde Kontrolle und Aufmerksamkeit. Ein Beispiel: Wenn ein Kind die Nähe der Mutter anstrebt, weiss es, was es tun kann, um das Ziel zu erreichen. Wenn das Ziel erreicht ist, kann es entspannen. Hat ein Kind das Vermeidungsziel «Vermeide den Verlust von Mutters Nähe», muss es ständig im Auge behalten, was geschieht. Es besteht immer die Gefahr, dass die Mutter geht oder anderweitig beschäftigt ist. Die Aufmerksamkeit des Kindes kann auf ein intrinsisch motiviertes Spiel gerichtet sein und gleichzeitig richtet es die Aufmerksamkeit auf das Verhalten der Mutter. Vermeidungsziele binden die Aufmerksamkeit und sind von ängstlicher Anspannung begleitet. Die dadurch gebundene Aufmerksamkeit fehlt, um andere positive Anforderungen zu bewältigen. Dadurch werden wiederum keine Annäherungsziele erreicht, keine positiven Emotionen erfahren und letztlich keine Bedürfnisse befriedigt. Als Folge davon ist schlechteres Wohlbefinden und schlechtere psychische Gesundheit zu erwarten (Grawe, 2004, S. 278–279).

Quellen erhöhter Inkongruenz

Nach Grawe (2004) werden nicht alle Bedürfnisse vollständig befriedigt. Er nennt acht Quellen, die zu einer erhöhten Inkongruenz führen: ungünstige Lebensbedingungen und fehlende Ressourcen, ungünstige Beziehungen oder Beziehungsverhalten, ungünstige Konsistenzmechanismen (mangelnde Stresstoleranz, schlechte Emotionsregulation), ungünstige Kognitionen (Leitsätze, geringe Selbstwirksamkeitserwartung), ausgeprägte Vermeidungsschemata, schwach ausgebildete Annäherungsschemata und motivationale Konflikte (S. 412-419).

Zusammengefasst kann gesagt werden: Je grösser die Kluft zwischen den motivationalen Zielen und der Zielerreichung ist, also Bedürfnisse nicht befriedigt werden können (Inkongruenz), desto grösser sind die negativen Auswirkungen auf das Wohlbefinden (Grawe, 2004, S. 310). Kann die Psyche den Zustand der Konsistenz nicht erhalten, wenn also Inkonsistenz im psychischen Geschehen über längere Zeit fortbesteht, hat das negative Auswirkungen. Die Inkonsistenz beeinträchtigt das Wohlbefinden und die Effektivität psychischer Prozesse. Das kann längerfristig

zu körperlichen und psychischen Störungen führen, was einen negativen Kreislauf fördert (Grawe, 2004, S. 326).

4 BEWERTUNG UND ZIELE AUS SOZIALARBEITERISCHER SICHT

Die bisherigen Darstellungen zu den Themen Beziehung, Kommunikation, der förderlichen und erschwerenden Faktoren der Beziehungsgestaltung in der Beratung, den psychischen Störungen und deren Erklärungsmodellen, zeigen die Komplexität des Themas auf. Herausfordernd für die Beziehungsgestaltung in der Beratung ist die erschwerte Kommunikation, das Nähe-Distanzverhältnis und unterschiedliche Bindungs- und Beziehungserfahrungen der Klientel. Gelingt die Beziehungsgestaltung in der Beratung von Menschen mit psychischen Störungen nicht, so hat das weitreichende psychosoziale und ökonomische Folgen.

4.1 BEWERTUNG AUS SOZIALARBEITERISCHER SICHT

Die Erklärungen anhand des Vulnerabilitäts-Stress-Modells und der Konsistenztheorie zeigen die Zusammenhänge zwischen Individuum und Umwelt. Individuelles Verhalten wirkt auf die Umwelt ein und umgekehrt. Diese ganzheitliche Sicht ist für die sozialarbeiterische Perspektive zentral. Entstehen durch dieses Zusammenwirken negative Konsequenzen auf Mikro-, Meso-, und Makroebene, entspricht das weder dem, was sich unsere Gesellschaft freiwillig auferlegt hat, noch den Zielen der Sozialen Arbeit. Im Folgenden wird dies näher ausgeführt:

Rechtsgrundlagen

Die internationalen Menschenrechte sind für die Soziale Arbeit handlungsleitend. Folgende Artikel der Menschenrechte (Amnesty International, ohne Datum, S. 15–18) sind entscheidend, wenn auch nicht abschliessend:

- Artikel 22, das Recht auf soziale Sicherheit (wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte)
- Artikel 23 Abs. 1, das Recht auf Arbeit, Abs. 3, das Recht auf existenzsichernden Lohn
- Artikel 25 Abs. 1, das Recht eines Lebensstandards, der Gesundheit, Wohnung, ärztliche Versorgung, soziale Leistungen und Sicherheit (Arbeitslosigkeit, Krankheit, etc.) gewährleistet

- Artikel 26, das Recht auf Bildung

Auf der Ebene der Bundesverfassung (BV) (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2021) werden in Artikel 41 Sozialziele definiert:

- Abs. 1 lit. a, Teilhabe an der sozialen Sicherheit
- Abs. 1 lit. b, erhalten notwendiger Pflege
- Abs. 1 lit d, angemessene Arbeitsbedingungen
- Abs. 1 lit. e, eine angemessene Wohnung

Die beschriebenen Sozialziele in Artikel 41 BV wurden als Ziele und nicht als Rechte definiert. Somit können aus den Sozialzielen keine unmittelbaren Ansprüche auf staatliche Leistungen abgeleitet werden (Art. 41 Abs. 4 BV). Auch wenn dies keine einforderebaren Rechte sind, so sind sie als Ziele definiert, deren Erreichung angestrebt werden soll.

Grundlagen der Sozialen Arbeit

Die Berufsverbände „International Federation of Social Work“ (IFSW) und „International Association of Schools of Social Work“ (IASSW) haben sich auf eine gemeinsame Definition der Sozialen Arbeit geeinigt:

Die Profession Soziale Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in menschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen, um ihr Wohlbefinden zu heben. Unter Nutzung von Theorien menschlichen Verhaltens und sozialer Systeme vermittelt Soziale Arbeit am Punkt, wo Menschen und ihre sozialen Umfelder aufeinander einwirken. Dabei sind die Prinzipien der Menschenrechte und sozialer Gerechtigkeit für die Soziale Arbeit fundamental. (AvenirSocial, 2014, S. 1)

Diese übergeordneten Ziele der Sozialen Arbeit hat der schweizerische Berufsverband AvenirSocial im seinem Berufscodex (AvenirSocial, 2010) präzisiert. An dieser Stelle sollen exemplarisch einige hervorgehoben werden. In Artikel 5 werden folgende Ziele definiert:

- Abs. 2, Gegenseitige Unterstützung unter Menschen mit dem Ziel sozialer Integration
- Abs. 3, Teilhabe an gesellschaftlichen Ressourcen

- Abs. 6, Menschen begleiten, betreuen, schützen, ihre Entwicklung fördern, sichern oder stabilisieren

Grundwerte der Sozialen Arbeit im Berufskodex

- Art. 8 Abs. 4, der Grundsatz der Gleichbehandlung soll allen Menschen, unabhängig von Leistung oder Verhalten, Menschenrechte gewährt werden
- Art. 8 Abs. 5, Grundsatz der Selbstbestimmung
- Art. 8 Abs. 6-7, Grundsatz der Partizipation und der Integration in die Gesellschaft

Auch die Soziale Gerechtigkeit ist entscheidend wie z. B. die Verpflichtung zur gerechten Verteilung von Ressourcen, die für das Wohlbefinden der Menschen eingesetzt werden können (Art. 9 Abs.6). Professionelle haben auch die Aufgabe, nach theoretischen, methodischen und ethischen Kriterien zu handeln, Vertrauen zu schaffen und wertschätzend zu arbeiten (Art. 10 Abs. 4)

4.2 KONSEQUENZEN

Diese übergeordneten Ziele und Werte mögen auf den ersten Blick wenig mit der konkreten Beziehungsgestaltung in der Beratung gemeinsam haben, sie sind dennoch von zentraler Bedeutung.

Mikroebene

Wenn Sozialarbeitende ihrer Klientel keine Wertschätzung entgegenbringen, kein Vertrauen aufbauen, sie nicht fördern oder unterstützen können, hat dies negative Folgen für die Beziehung in der Beratung. Die Zusammenarbeit wird erschwert und beide Seiten könnten Reaktanz entwickeln, indem z. B. Vereinbarungen nicht eingehalten oder Informationen zurückgehalten werden. Im schlimmsten Fall wird die Beziehung - und damit auch die Beratung – abgebrochen.

Mesoebene

Ein Beziehungsabbruch kann zur Folge haben, dass Betroffene weniger Zugang zu wichtigen Ressourcen (medizinische Versorgung, Versicherungsleistungen, etc.) haben, keinen Zugang zum Arbeitsmarkt erhalten und mit Auswirkungen auf der Makroebene zu rechnen ist.

Makroebene

Die Integration in die Gesellschaft kann schwieriger werden oder misslingen. Dies hätte für die Betroffenen massive Konsequenzen, aber auch für die Gesellschaft (Exklusion Benachteiligter, ökonomische Folgen). Zudem können Sozialarbeitende die Ziele ihrer Profession nicht erreichen.

Sommerfeld et al. (2016) beschreiben die Zusammenhänge zwischen psychischen und sozialen Prozessen (S. 110). Ein Beispiel verdeutlicht das: Aufgrund gesellschaftlicher Stigmatisierung (s. Pkt. 3.2) von Menschen mit psychischen Störungen kann es sein, dass Fachpersonen diese Stigmatisierung selbst verinnerlicht haben und durch ihre Haltung und Worte (unbewusst) in die Beratung einfließen lassen. Die Klientel wird dies in irgendeiner Weise (unbewusst) wahrnehmen und sich beispielsweise selbststigmatisierend verhalten. Daraus folgt mangelndes Selbstbewusstsein, was wiederum die Motivation zur Veränderung beeinflusst und die Inklusion verhindert. Diesen grösseren Kontext in der Beratung mitzudenken, verpflichtet, Verantwortung in der Beziehungsgestaltung zu übernehmen und sich der möglichen Konsequenzen für die Betroffenen bewusst zu sein.

4.3 ZIELE AUS SOZIALARBEITERISCHER SICHT

Menschen mit psychischen Störungen bringen in ihrer Biografie unterschiedliche Bindungserfahrungen mit. Sie haben Schwierigkeiten, Beziehungen zu gestalten oder sich darauf einzulassen und anderen zu vertrauen (Mikroebene). In der Beratung können Menschen neue Beziehungserfahrungen machen und am Modell (der Fachperson) lernen. Sie sollen innerhalb der Beratungsbeziehung ihre grundlegenden Bedürfnisse befriedigen können (Kap. 3.3.2) und alternative Denk- und Verhaltensweisen erarbeiten, um tragfähige Beziehungen aufbauen zu lernen. Zudem werden Betroffene unterstützt, ein selbstbestimmtes Leben zu führen.

Beziehungsstörungen haben Konsequenzen auf institutioneller (Meso-)Ebene. Durch eine stabilisierende Beziehung können Betroffene in der Beratung «gehalten» werden. Sie erhalten die nötige Hilfe und den Zugang zu Leistungen, Ressourcen oder auch zum Arbeitsmarkt. Damit Institutionen ihren Auftrag erfüllen können, müssen sie ihre Leistungen bekanntmachen, den Zugang ermöglichen und regeln. Der Arbeitsmarkt soll Arbeitsplätze für Betroffene zur Verfügung stellen. Mit interdisziplinären und Interinstitutionellen Zusammenarbeit können Sozialarbeitende das vorhandene Potenzial ausschöpfen.

Auf Makroebene sollen sich Betroffene integrieren und partizipieren können. Sie sollen sich als Teil der Gesellschaft erfahren, ohne diskriminiert oder stigmatisiert zu werden. Sie können nach ihren Fähigkeiten Verantwortung in der Gesellschaft übernehmen (politische Partizipation, Freiwilligenarbeit, Nachbarschaftshilfe, etc.). Die Gesellschaft trägt die Verantwortung für die soziale und psychische Versorgung aller. Mit einem koordinierten Versorgungssystem werden Betroffene rechtzeitig erkannt. Sie erhalten die nötige Unterstützung und die Gesellschaft trägt zum Wohlbefinden aller und zur gesellschaftlichen Kohäsion bei.

Die Soziale Arbeit ist auf allen Ebenen gefordert. Es sollen konkrete Probleme gelöst, Menschen gefördert und der soziale Wandel vorangetrieben werden (Kap. 4.1). Das kann nicht von allen Fachpersonen gleichzeitig geleistet werden, aber die Zusammenhänge müssen in der täglichen Arbeit mitbedacht werden.

5 BEZIEHUNGSGESTALTUNG IN DER BERATUNG VON MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN STÖRUNGEN

Aus den bisherigen Darstellungen werden in Kapitel 5 allgemeine Handlungsansätze für die Beziehungsgestaltung mit Menschen mit psychischen Störungen abgeleitet. Kapitel 6 konkretisiert die Handlungsansätze zu drei spezifischen Störungen. Die Ansätze dienen dazu, die Ziele der Sozialen Arbeit zu verfolgen und zu erreichen.

5.1 ALLGEMEINGÜLTIGE FAKTOREN IN DER BEZIEHUNGSGESTALTUNG

Bevor über die Beziehungsgestaltung in der Beratung von Menschen mit psychischen Störungen nachgedacht werden kann, müssen Sozialarbeitende den Beratungskontext kennen (Kap. 2.2.1). Der Kontext hat einen Einfluss auf die Rollen, die Machtverhältnisse und den Beratungszweck. Ob eine Beratung freiwillig oder angeordnet worden ist, ist für die Zusammenarbeit entscheidend. All diese Faktoren fließen in die Beziehungsgestaltung ein (Kap. 2.3).

Die förderlichen Aspekte aus Kapitel 2.3.1 gelten auch in der Beratung von Menschen mit psychischen Störungen. Die persönliche Haltung der Beratenden, nämlich kongruent, einfühlsam, akzeptierend zu sein, gehört zur Grundkompetenz. Ebenso gehören Beratungskompetenzen und spezifisches Wissen über psychische Störungen dazu, um Menschen verstehen zu können. Verstehen führt zu Verständnis und Verständnis schafft Vertrauen und dieses muss zu Beginn der Beziehung erarbeitet werden. Sozialarbeitende sollen persönlich und fachlich überzeugen, individuelle Ressourcen, das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit der Klientel fördern. Bei Menschen mit psychischen Störungen ist die Erarbeitung neuer Perspektiven eine wesentliche Aufgabe der Fachpersonen. Das kann in der Beratung bedeuten, neue Hoffnung zur persönlichen Veränderung und Verbesserung der Lebenssituation zu schöpfen. Ziel dabei ist, der Klientel vermehrt Autonomie in der Lebensführung zu ermöglichen und soziale Interaktionen zu verbessern. Hoffnung und Perspektive motivieren, sich den Herausforderungen des Alltags zu stellen. Menschen mit psychischen Störungen leiden unter Beziehungsstörungen und damit kippt die Balance zwischen Nähe und Distanz. Eine gute Balance zu finden ist für Sozialarbeitende und Klientel herausfordernd, aber lernbar.

Erschwerende Faktoren (Kap. 2.3.2) können Machtverhältnisse mit negativen Auswirkungen sein. Die Klientel verfügt in der Regel über Erfahrungen mit Institutionen oder Behörden. Diese können schwierig bis traumatisierend sein (z. B. eine fürsorgliche Unterbringung). Das Gefühl des Fremdbestimmt-Seins kann auch in der Beratung vorkommen. Diese Asymmetrie lässt sich reduzieren, wenn Sozialarbeitende in der Beziehung empathisch einfühlsam, aber in der Rolle und der Sache klar und verständlich sind. Der Verantwortungsumkehr können Sozialarbeitende begegnen, indem sie die Klientel mit ihrem Verhalten konfrontieren und ihnen die Verantwortung für Verhalten und Entscheidungen zurückgeben.

5.2 BEZIEHUNGSGESTALTUNG AUS BIO-PSYCHO-SOZIALER PERSPEKTIVE

Die biologischen Aspekte sind nicht das Gebiet der Sozialen Arbeit, sondern der Medizin. Trotzdem ist es als Fachpersonen wichtig zu wissen, dass psychische Störungen biologische Ursachen haben und Lebenserfahrungen auf das Gehirn zurückwirken können (Kap. 3.3). Haben Fachpersonen den Verdacht einer psychischen Störung, sollen sie Betroffene ermutigen, sich medizinisch oder psychiatrisch behandeln zu lassen.

Aus psychosozialer Sicht ist für die Beziehungsgestaltung wichtig, Biografie, Persönlichkeit, Temperament und Schemata einer Person zu kennen (Kap. 3.3.1). Die verschiedenen Informationen fördern das Verständnis und schaffen damit Vertrauen. Um Vertrauen zu schaffen, benötigen Fachpersonen Kommunikations- und Beratungskompetenzen (Kap. 2) und ein echtes Interesse an ihrem Gegenüber. Werden mit der Zeit Denk- und Verhaltensmuster der Klientel nachvollziehbar, können alternative Handlungsmöglichkeiten erarbeitet werden. Es bietet sich an, nach Ressourcen und hilfreichen Bewältigungsstrategien zu fragen und diese auf die aktuelle Situation anzupassen. Die systemische Therapie bietet an dieser Stelle viele Möglichkeiten, ressourcen- und lösungsorientiert zu arbeiten (Jochen Schweitzer & Arist von Schlippe, 2015).

Beziehungsschwierigkeiten gehören bei der Klientel dazu. Schwierige Erfahrungen prägen das Beziehungsverständnis nachhaltig. Wenn Betroffene neue Beziehungserfahrungen machen und am Modell lernen sollen, ist es für Sozialarbeitende wichtig, in Beziehung zu bleiben und den Kontakt aufrechtzuerhalten (nicht nur äusserlich, sondern auch innerlich) und Interesse zu zeigen. Es gilt, sich auf das Gegenüber einzustellen, Bedürfnisse zu erkennen und diese zu befriedigen oder freundlich zurückzuweisen (siehe Kap. 6). Zur Beziehungskompetenz gehört die transparente Klärung der eigenen Rolle und eine gute Balance zwischen Nähe und Distanz zur Klientel zu finden. Eine authentische Haltung und entsprechende Verhaltensweisen fördern die Beziehung.

5.3 BEZIEHUNGSGESTALTUNG AUS DER PERSPEKTIVE DER KONSISTENZTHEORIE NACH KLAUS GRAWE

Die Beziehungsgestaltung aus der Perspektive der Bedürfnis- und Konsistenztheorie von Grawe kann als Grundmodell dienen. Menschen mit psychischen Störungen erleben eine Inkonsistenz bei der Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse und Ziel ist, in der Beratung eine gute Konsistenz zu erreichen. Konsistenz wird ermöglicht, wenn Menschen ihre Ziele erreichen können und damit ihr Wohlbefinden gesteigert wird. Dieses Wohlbefinden wird sich positiv auf die Beziehung auswirken und Klient*innen motivieren, die Beziehung und den Prozess mitzugestalten (Grawe, 2004, S. 345).

Damit Klient*innen ihre Ziele erreichen können, ist es Aufgabe der Beratenden, sich komplementär zu verhalten und die Bedürfnisse der Klientel zu befriedigen.

Bedürfnis nach Bindung

Das Bedürfnis nach Bindung ist grundlegend, deshalb ist jedes Beratungsgespräch davon betroffen, auch wenn nicht darüber gesprochen wird. Klient*innen mit psychischen Störungen haben häufig gestörte Bindungserfahrungen, deshalb ist die Erarbeitung neuer Erfahrungen wichtig. In Gesprächen zeigen sich Fachpersonen als verlässliche, empathische, zugewandte, schützende, vertrauensvolle Menschen. Sie bieten Sicherheit und ermöglichen positive Emotionen. Verlässlichkeit kann bedeuten, sich an Vereinbarungen zu halten, die Grenzen der Klientel zu respektieren, zugewandt sein, das Gegenüber zu respektieren und in Kontakt zu bleiben, auch wenn sich die Person schüchtern oder aggressiv verhält. Je positiver die Erfahrungen für die Klientel sind, desto eher öffnen sie sich, lernen zu vertrauen und erfahren eine stabile Bindung. Damit können sie dieses Bedürfnis befriedigen (Grawe, 2004, S. 403–404).

Beispiel

Regt sich eine Person im Gespräch auf und kann sich nicht beruhigen, könnte ihre bisherige Bindungserfahrung sein, dass andere sich abwenden, nicht erstnehen oder schweigen. Alternativ dazu können Beratende der Person eine kurze Pause vorschlagen, um anschliessend weiterzusprechen. Die Person würde in ihrem Gefühlszustand ernstgenommen, hätte die Gelegenheit, sich zu beruhigen und danach die Beziehung wieder aufzunehmen. Die Person würde die Beratungsperson als zugewandtes Gegenüber erfahren.

Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle

Bis Menschen sich in eine Beratung begeben, ist schon einiges geschehen, was ihrem Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle entgegensteht. Psychische Störungen können verstören, die Behandlung kann verunsichern oder das soziale Umfeld gerät ins Wanken (drohende Arbeitslosigkeit, Wohnungsverlust, Beziehungskrisen, etc.). Sich in professionelle Hände zu begeben, bedeutet immer einen Teilverlust von Orientierung und Kontrolle.

In der Beratung kann das Bedürfnis befriedigt werden, indem Beratende die Klientel über den Kontext, in dem sich befinden, den Auftrag der Institution und die Gestaltung der Zusammenarbeit, aufklären. Für Sozialarbeitende kann diese Aufklärungsarbeit sehr anstrengend, gar langweilig sein, weil der eigene Kontext bekannt ist. Für Betroffene kann der Kontext bedrohlich wirken und Ängste oder Misstrauen auslösen. Ein weiterer Punkt ist die Psychoedukation. Die Klientel soll ihre Störung und mögliche Folgen kennen. Damit kann sie das Bedürfnis nach Orientierung befriedigen.

Die Rückgewinnung der Kontrolle über eigene Ziele ist ein wichtiges Element in der Beratung. Damit Betroffene positive Erfahrungen machen, sollen Beratende die Klientel in den Prozess miteinbeziehen, nächste Schritte gemeinsam besprechen, Entscheidungsmöglichkeiten bieten, Vorschläge der Klientel aufnehmen und gemeinsam beraten. Die Klientel soll mitbestimmen können, was und wie etwas mit ihr geschieht. Können Betroffene mitentscheiden und mitwirken, werden sie Lösungen wählen, die sie sich zutrauen und umsetzen können. Dadurch werden positive Erfahrungen ermöglicht und sie fangen an, sich Annäherungsziele zu setzen (Grawe, 2004, S. 382). Damit wird ihr Selbstwert gestärkt, was zur Befriedigung der Bedürfnisse führt.

Beispiel

Werden Arbeitsintegration oder Tagesstruktur angeboten, werden sich Betroffene einfacher darauf einlassen, wenn das Angebot ihren Interessen entspricht. Wichtig ist, ihnen die Wahl eines Programms zu lassen und ihnen die Kontrolle darüber zu geben.

Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz

Menschen mit psychischen Störungen haben ein angeschlagenes Selbstwertgefühl. Sie schämen sich ihrer Störung, ihrer Probleme und ihrer Unfähigkeit, damit fertig zu werden. In der Beratung werden Probleme besprochen, damit liegt der Fokus auf den Defiziten. Betroffene verhalten sich nicht nur defizitär, sie sind auch kompetent und verfügen über Stärken. Die Beratung bietet laut Grawe (2004) viele Möglichkeiten, nach Stärken und Ressourcen zu fragen, sich als Beratende dafür zu interessieren, was Betroffene gut können, worin sie Expert*innen sind und wofür sie sich interessieren (S. 283–284). Die Ressourcen und Stärken der Klientel positiv zu verstärken ist nicht bloss eine beraterische Technik, sondern gehört zur Haltung der Beratenden. Auch wenn aus Sicht der Beratenden die Erfolge klein sein mögen, so sind sie es für die Klient*innen nicht. Werden die Erfolge positiv verstärkt, erhalten Klient*innen Wertschätzung und ihr Selbstwertgefühl wird gestärkt.

Beispiel

Einen Termin wahrnehmen zu können, kann für Betroffene Erfolg bedeuten.

Sich um ein Haustier zu kümmern, benötigt Kompetenzen wie die Bedürfnisse des Tieres zu erkennen und sie zu befriedigen. Es gilt, diese Fähigkeiten zu sehen und die Erfolge positiv zu verstärken.

Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung

Das Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung ist ein zentrales Ziel, das erreicht werden will. In der Beratung kann dies gefördert werden, in dem die Klientel die Beratung als positive Erfahrung bewertet. Dies gelingt durch eine angenehme Atmosphäre, aber auch, indem die Bedürfnisse gestillt werden und sich Fachpersonen komplementär zu den Bedürfnissen der Klientel verhalten. Ein nicht zu unterschätzender Faktor für die Beziehungsgestaltung ist der Humor. Grawe (2004) schreibt, dass Humor, ein herzhaftes Lachen an geeigneter Stelle, entlastend sein und die Situation entspannen kann (S. 406).

Beispiel

Ein Klient definiert das Ziel, einen Haufen Geld zu verdienen.

Beratende könnten an dieser Stelle antworten, dass der Klient seinen Lohn künftig, statt auf das Konto überweisen zu lassen, in Münzen und bar auf die Hand auszahlen lassen soll. Damit hätte er einen Haufen Geld verdient.

Mit dieser paradoxen Intervention nimmt die Beratungsperson den Klienten ernst und behandelt das Thema spielerisch und humorvoll, in dem er das Ziel des Klienten wörtlich deutet. Voraussetzungen für ähnliche Interventionen sind eine stabile Beziehung und die Berücksichtigung der psychischen Störung.

Um die Annäherungs- und Vermeidungsziele als Beratende zu erkennen, ist eine hohe Reflexionsfähigkeit erforderlich. Diese Fähigkeit führt dazu, die Bedürfnisse der Klientel zu erkennen, zu befriedigen und dadurch zu einem gelingenden Beratungsprozess beizutragen.

6 BEZIEHUNGSGESTALTUNG BEI SPEZIFISCHEN PSYCHISCHEN STÖRUNGEN

Im vorherigen Kapitel wurden allgemeine Kriterien für die Beziehungsgestaltung beschrieben, die bei allen psychischen Störungen gelten und angewendet werden können. In diesem Kapitel werden die Störungen Depression, Schizophrenie und Borderline beschrieben, erklärt und typische Beziehungsmuster dargestellt. Die Störungen wurden gewählt, weil sie eine hohe Prävalenz in der Bevölkerung haben (Depressive Störungen), die Kommunikation (Schizophrenie) oder die Beziehungsgestaltung (Borderline) erschwert ist. Die Bewertung und Ziele aus sozialarbeiterischer Sicht sind dieselben wie in Kap. 4 und werden in diesem Kapitel nicht wiederholt. Nach den Beschreibungen und Erklärungen folgen die störungsspezifischen Handlungsansätze, die nach Grawes Bedürfnistheorie strukturiert werden. Zum Schluss werden die Ergebnisse tabellarisch dargestellt.

6.1 DEPRESSION

Das Störungsbild der Depression wird in der Öffentlichkeit immer wieder thematisiert. Trotz Informationskampagnen und öffentlichen Diskussionen werden die Kenntnisse bei Beratenden unterschiedlich ausgeprägt sein. Deshalb wird folgend das Störungsbild beschrieben.

6.1.1 BESCHREIBUNG

Die depressiven Störungen werden nach ICD-10 in unipolare Depressionen und weitere affektive Störungen eingeteilt. Der Fokus der Arbeit liegt auf der unipolaren Depression, die von leichten

depressiven Phasen bis zur chronifizierten Depression reicht und statistisch häufiger vorkommt (Berking & Rief, 2012, S. 30).

Nach ICD-10 werden bei depressiven Episoden folgende Symptome beschrieben: gedrückte Stimmung, Verminderung von Aktivität, Freude, Interesse oder Konzentration. Müdigkeit, Schlafstörungen, veränderte Essgewohnheiten, Veränderung des Körpergewichts und beeinträchtigt Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gedanken über eigene Wertlosigkeit bis zu Suizidgedanken und Suizidhandlungen (Aufzählung unvollständig) sind ebenso Bestandteil dieser Störung. Depressive Episoden werden in leichte, mittelgradige und schwere depressive Episoden mit oder ohne psychotische Symptome eingeteilt (International Classification of Diseases ICD-10, 2011a).

Stemmer-Lück (2009) beschreibt die gleichen Symptome wie ICD, führt als Auslöser der Störung belastende Ereignisse wie Verlust oder Erkrankung ein. Die allgemeinen Symptome gehören zum Erleben der meisten Menschen, lösen sich aber nach einer gewissen Zeit wieder auf. Bei einer depressiven Störung sind die Ursachen und die Symptomatik komplexer (S. 104).³

Beziehungsmuster

Stemmer-Lück (2009) beschreibt zwei Grundtypen der Depression, die *anaklitische* und die *introjektive* Depression. Beide gründen in unterschiedlichen Beziehungserfahrungen. Die *anaklitische Depression* zeigt sich in einem abhängigen und hilfesuchenden Beziehungsverhalten. Betroffene nehmen freiwillig eine untergeordnete Position ein, verzichten auf aktive Beziehungsgestaltung und geben die Verantwortung ab. Sie leugnen Differenzen und weichen Konflikten aus oder beenden sie vorzeitig. Die *introjektive Depression* zeigt sich in einem autonomen, selbstkritischen Verhalten. Die Beziehungsgestaltung kann erpresserische Züge annehmen, bis zu Suizidandrohungen oder zu tiefer Verzweiflung führen mit dem Ziel, dem Gegenüber Schuldgefühle aufzubürden. Die Autonomie wird auf diese Weise erhalten und weitere Enttäuschungen vermieden (Stemmer-Lück, 2009, S. 112–113). Stemmer-Lück (2009)

³ Eine ausführliche Darstellung der Symptomatik findet sich im Anhang.

beschreibt die Beziehung der beiden Typen als unsicher-vermeidende oder unsicher-ambivalente Bindung (Stemmer-Lück, 2009, S. 113–114).

Schweitzer und Schlippe (2015) beschreiben verschiedene Beziehungsmuster depressiver Menschen:

Aufforderung zum Engagement: Depressives Verhalten kann Partner*innen dazu bringen, sich mehr oder stärker zu engagieren. Wünsche und Bedürfnisse werden nicht ausgesprochen, sondern deren Erfüllung durch entsprechendes Verhalten provoziert (S. 76).

Bindung an Vergangenes: Depressives Verhalten kann bestimmte Familienereignisse symbolisieren, in dem z. B. die Erinnerung an ein verstorbene Familienmitglied wachgehalten wird (ebd).

Loyalität: Menschen, deren Eltern z. B. ein schweres Schicksal hatten und die ihren Eltern gegenüber sehr loyal sein wollen, trauen sich oft (unbewusst) nicht, es sich besser ergehen zu lassen als ihren Eltern. Sie entwickeln depressive Symptome. Das Gegenteil davon ist, dass sie ständig hilfsbereit sind und depressiven Menschen helfen wollen. Das wird als «Helfer-Syndrom» beschrieben (Schweitzer & Schlippe, 2015, S. 77).

Partner binden: Depressives Verhalten kann ein bestehendes System erhalten. Depressive verhalten sich schwach und der Starke wird gezwungen, dem Schwachen beizustehen. Damit kann ein System, das einst auf Gleichheit beruhte, nun aber asymmetrisch geworden ist, wieder ins Gleichgewicht gebracht werden. Der Schwache gewinnt Macht über den Starken (Schweitzer & Schlippe, 2015, S. 77–78).

Perfektionsdruck – Konfliktfreiheit und Zusammenhalt als oberste Werte: Werden diese Werte im System hochgehalten und unter Druck eingefordert, kann es sein, dass Personen an diesen hohen Ansprüchen scheitern, weil sie überfordert werden. Es geht darum, alles richtig zu machen und loyal zu sein, damit diese Werte erhalten bleiben. Eigene und Bedürfnisse anderer werden hintangestellt, um diese Werte zu erhalten (ebd.).

Hilfreiche Helfer, hilflose Geholfene: Depressives Verhalten kann das Gegenüber auffordern, sich aktiv zu zeigen, den anderen aufzumuntern und für ihn die Verantwortung zu übernehmen. Der Erfolg bleibt aber aus (Schweitzer & Schlippe, 2015, S. 78).

Um die Entstehung der Symptomatik und der Beziehungsmuster nachvollziehen zu können, werden im folgenden Kapitel mögliche Erklärungen beschrieben.

6.1.2 ERKLÄRUNG

Die depressive Störung kann mit dem *Vulnerabilitäts-Stress-Modell* sehr gut erklärt werden (Kap. 3.3.1). Depressionen werden durch Störungen der Neurotransmitter verursacht. Erhöhter Stress und Belastung im Alltag lösen Stoffe aus (Cortisol), die sich negativ auf den Körper auswirken können (Gerhard Roth, Andreas Heinz & Henrik Walter, 2020, S. 306–310). Erkrankungen wie Morbus Parkinson, Schilddrüsenerkrankungen, chronische Entzündungen, Störungen der neuronalen Netzwerke und Medikamente können Depressionen auslösen (Jürgen Koeslin & Sonja Streiber, 2015, S. 82–83; Roth et al., 2020, S. 310–316).

Die Vulnerabilität und die *erlernten Bewältigungsstrategien* früherer Problemlösungen beeinflussen die Bewältigung eines aktuellen Lebensereignisses. Auch die Reaktionen des Umfelds sind entscheidende Faktoren für die Entwicklung und den Verlauf einer depressiven Störung (Katja Beesdo-Baum & Hans-Ulrich Wittchen, 2011, S. 890–893; Koeslin & Streiber, 2015, S. 82–83; Roth et al., 2020, S. 317).

Stemmer-Lück (2009) ergänzt, dass eine depressive Störung ein *innerpsychischer Konflikt* zwischen Abhängigkeit und Autonomie ist. Autonomie flösst Angst ein, weil sie als Trennung erlebt wird. Das Gegenteil ist Angst vor Nähe und Abhängigkeit, weil diese bedrohlich oder belastend erfahren wird. Der Konflikt wurde bisher nicht adäquat gelöst und statt eines Gleichgewichts zwischen Abhängigkeit und Autonomie, dominiert eines der beiden (S. 108-109).

Beesdo-Baum und Wittchen (2011) erwähnen das Modell der *dysfunktionalen Kognitionen* und Schemata nach Aaron T. Beck (Beck, 1974; zit. in Beesdo-Baum & Wittchen, 2011). Die Grundmuster bestehen in negativen, pessimistischen Einstellungen depressiver Personen zu sich selbst, zu ihrer Umwelt und zu ihrer Zukunft. Diese sind als «kognitive Triade» bekannt. Die Grundmuster wurden durch ungünstige frühe Erfahrungen und Lernprozesse erworben. Die

Wahrnehmung und Interpretation der Realität ist verzerrt. Diese kognitiven Fehler zeigen sich z. B. durch Übergeneralisierung, Über- und Untertreibung, Alles-oder-nichts-Denken, Etikettierungen usw. (Beck, 1974; zit. in Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 894–896).

Eine weiteres Erklärungsmodell ist die der *erlernten Hilflosigkeit* von Martin Seligmann (Seligmann, 1974, zit. in Beesdo-Baum & Wittchen, 2011). Für deren Entstehung müssen wiederholt Erfahrungen mangelnder Kontrolle über (Umwelt-)Ereignisse gemacht werden. Die Erfahrung des Nicht-Kontrollieren-Könnens wird auf künftige Ereignisse übertragen. Betroffene rechnen nicht mehr damit, etwas verändern zu können, reagieren hilflos und entwickeln depressive Störungen (S. 897).

Schweitzer und Schlippe (2015) beschreiben *individuelle Muster* depressiven Denkens und Erlebens. Ein Muster beschreibt die Notwendigkeit, zu sein und zu tun, was wichtige Personen erwarten. Auch Verlust-, Verunsicherungs- oder Enttäuschungserlebnisse und deren Verarbeitung wirken nach. Menschen suchen Sicherheit und begeben sich damit in die Abhängigkeit anderer Menschen. Diese Abhängigkeit führt zum Wunsch, sich zu distanzieren, was aber nicht geschieht. In diesem Spannungsfeld entwickelt sich eine depressive Symptomatik (S. 75).

Gemäss Grawes (2004) Konsistenztheorie sind die Bedürfnisse nach Bindung, Kontrolle und Selbstwert zentrale Bedürfnisse. Gelingt in den ersten Lebensjahren eine sichere Bindung zu einer Bezugsperson nicht und kann das Kind das Bedürfnis nach Nähe nicht befriedigen, wird es eine unsichere Bindung lernen. Unsicher gebundene Kinder entwickeln kein gutes soziales Repertoire, keine gute Emotionsregulation und lernen nicht, mit ihrem Verhalten positive Ziele (Bedürfnisbefriedigung) zu erreichen. Daraus folgt die Verletzung des Kontrollbedürfnisses. Betroffene bemühen sich nicht mehr, ihre Bedürfnisse aktiv zu befriedigen. Sie haben gelernt, dass sie diese nicht erreichen und damit auch nicht kontrollieren können. Folgend werden negative Emotionen ausgelöst, die sich negativ auf den Selbstwert auswirken, was wiederum vermeidendes Verhalten fördert und die aktive Bedürfnisbefriedigung verhindert. Betroffene haben ein ständig hohes Inkongruenzniveau, was Störungen begünstigen kann (S. 209).

6.1.3 HANDLUNGSANSÄTZE

Aus den bisherigen Erklärungen lassen sich verschiedene Handlungssätze ableiten.

Als erstes gilt es, mit der Klientel in Kontakt zu treten. Laut Schweitzer und Schlippe (2015) gelingt das, wenn sich Beratende dem Tempo, Energieniveau und der Stimmung der Klientel anpassen. Beratende sollen nicht zu euphorisch oder energiegeladen sein, damit würde die Diskrepanz zum Verhalten der Klientel offensichtlich und demotivierend wirken. Für die Klientel ist die Depression für den Moment die beste Strategie, Lösungen für Probleme zu finden. Diese Lösungsversuche sollen Fachpersonen würdigen (S. 80).

Bindung, Nähe und Distanz

Menschen mit depressiven Störungen zeigen problematisches Verhalten in der Beziehungsgestaltung. Das Bedürfnis nach Nähe wird nicht befriedigt und soll von der Fachperson komplementär gestillt werden. Stemmer-Lück (2009) beschreibt, dass die Klientel in der Beziehungsgestaltung in der Regel entgegenkommend und angepasst ist und der Beziehungsaufbau leicht gelingt. Das grosse Bedürfnis nach Nähe gilt es anzuerkennen und zu stillen, weil dieses nicht befriedigt worden ist. Dabei ist zu berücksichtigen, es nicht unreflektiert zu befriedigen, indem z. B. die Beratungszeit überschritten wird oder zwischen den Gesprächen lange Telefonate geführt werden. Stehen bei Betroffenen Nähe und Abhängigkeit im Vordergrund, gilt es, die Autonomie zu fördern oder umgekehrt, Nähe zu fördern bei hoher Autonomie. Diese neuen Erfahrungen können mit Ängsten verbunden sein. Beratende können für diesen Prozess das Konzept der Übertragung und Gegenübertragung⁴ als Hilfsmittel verwenden. In der Gegenübertragung kann der Wunsch spürbar werden, der betroffenen Person helfen oder sie versorgen zu wollen. Aber auch das Gegenteil, der Wunsch nach Trennung, weil

⁴ Das Konzept der Übertragung und Gegenübertragung stammt aus der psychodynamischen Schule. Übertragung meint das Verhalten der Klientel gegenüber der Fachperson, so wie sie es aus früheren Beziehungen gelernt hat. Frühere Beziehungsmuster werden auf die Beziehung zur Fachperson übertragen. Gegenübertragung meint die Gefühle und Reaktionen, die bei der Fachperson durch die Klientel ausgelöst werden. Diese haben diagnostischen Wert und können für die Beziehungsgestaltung verwendet werden (Jürgen Koeslin und Sonja Streiber (2015, S. 279-280).

die Person sich anhänglich, unterwürfig verhält oder eine aggressive Anspruchshaltung hat. Dies kann bei der Fachperson durch Genervtsein spürbar werden. Streben depressive Personen nach Autonomie, so werden sie sich abgrenzen oder distanzieren, weil eine Beratung als Abhängigkeit gedeutet wird. Die angebotene Hilfe wird abgewertet. In der Gegenübertragung wird das sichtbar, wenn Fachpersonen anfangen, Ratsuchende abzuwerten, weil sie sich sowieso nicht helfen lassen wollen. Deshalb sollen Fachpersonen die Beziehung im gegenwärtigen Moment bewusst gestalten und der ratsuchenden Person ermöglichen, neue Beziehungsmuster zu lernen. So können Verhaltensweisen gefördert werden, die der Situation angepasst sind und weder extreme Abhängigkeit noch extreme Unabhängigkeit nötig machen. Dazu müssen sich Fachpersonen verlässlich und offen zur Verfügung stellen. Was im Moment geschieht, soll verbalisiert und thematisiert werden (z. B. Missverständnisse, Konflikte oder Emotionen) (Stemmer-Lück, 2009, S. 115–117). Mit dieser intensiven Beziehungsgestaltung wird das Bedürfnis nach Bindung befriedigt.

Selbstwerterhöhung und -schutz und Ressourcenorientierung

Menschen mit Depressionen zeigen negative Denkmuster wie «Ich kann das nicht», «alle anderen machen das besser», usw. Nach Grawe (Kap. 3.3.2) ist damit das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und -schutz verletzt. Das kann in der Beratung bearbeitet werden, indem Ressourcen der Klientel erarbeitet werden. Sind Beratende davon überzeugt, dass Ressourcen vorhanden sind und versuchen sie diese mit der Klientel ins Bewusstsein zu holen, erfährt die Klientel Wertschätzung. Das stärkt die Beziehung. Zudem wird das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung befriedigt. Damit beginnt ein sich verstärkender Kreislauf von positiven Emotionen, Motivation, verbesserter Zusammenarbeit, was wiederum die Beziehung fördert. Dieser positive Kreislauf muss am Laufen gehalten werden, damit Betroffene Erfolgserlebnisse haben. Die Ressourcenorientierung und Selbstwerterhöhung ermöglichen Erfolgserlebnisse, die sich auf die typisch depressiven Gedanken- und Verhaltensmuster positiv auswirken.

Orientierung und Kontrolle

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Kap. 3.3.1) zeigt, dass Betroffene Verlusterfahrungen gemacht haben. Die Angst vor weiteren Verlusten prägt die Beziehungsgestaltung. Als Beratende ist es wichtig, für Betroffene erreichbar- und ansprechbar zu sein. Den Beratungsprozess aktiv zu führen, verlässlich zu sein oder sich an Vereinbarungen zu halten, vermittelt Sicherheit. Verlässlichkeit

stärkt die Bindung und die Beziehung zur Beratungsperson und befriedigt gleichzeitig das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle.

Sicherheit und Schutz

Betroffene versuchen sich nach erfahrenen interpersonalen Verletzungen zu schützen. Beratende sollen Betroffene schützen, indem sie das Gegenüber nicht abwerten, es ernst nehmen und Grenzen respektieren. Schutz bedeutet auch, die Person vor sich selbst zu schützen, sollte sie z. B. suizidgefährdet sein.

Beispiel

Ressourcen können durch Fragen «Was ist Ihnen letzte Woche gelungen?», «Was hat Ihnen Freude bereitet?», «Was war Ihr Beitrag, dass sich die Situation positiv verändert hat?» aktiviert werden. Gelingen soll positiv verstärkt werden «Sie haben sich sehr dafür eingesetzt, das beeindruckt mich», «Wie hat Ihr Umfeld darauf reagiert?» (indirekte Verstärkung).

6.2 SCHIZOPHRENIE

Schizophrenie kommt statistisch weniger vor als Depressionen (Walter, 2020, S. 241). Laut Schweitzer und Schlippe (2015) kann die psychische Störung einen langsamen oder akuten (mit schwer gestörtem Verhalten) Verlauf nehmen. Mit angemessener Intervention ist die Störung behandelbar. Trotzdem verlaufen viele Störungen chronisch (S. 45-46).

In der Beratung kann das Beziehungs- und Kommunikationsverhalten Betroffener irritieren. Das Erkennen der Symptome, der Umgang mit Betroffenen und die Triage an Fachpersonen ist für Sozialarbeitende wichtig.

6.2.1 BESCHREIBUNG

Nach ICD-10 gehört Schizophrenie in eine eigene Kategorie (International Classification of Diseases ICD-10, 2021c). Schizophrene Störungen sind Störungen von Denken und Wahrnehmen, sowie inadäquate oder verflachte Affekte. In der Regel sind das Bewusstsein und die intellektuellen Fähigkeiten nicht beeinträchtigt. Betroffene haben den Eindruck, dass eigene Gedanken laut werden, sich unkontrolliert ausbreiten, eingegeben oder entzogen werden. Des

Weiteren gehören Wahnwahrnehmungen, Kontrollwahn, Wahrnehmung von Stimmen, die die Betroffenen kommentieren oder Denkstörungen zur Symptomatik. Der Verlauf der Störung kann kontinuierlich sein oder mehrere Episoden enthalten, mit vollständiger oder unvollständiger Remission (International Classification of Diseases ICD-10, 2021c).

Stemmer-Lück (2009) beschreibt die Psychose als Zustand, der den Verlust der Beziehung zur Realität kennzeichnet. Dabei fehlt Betroffenen die Fähigkeit, angemessen auf Umweltreize zu reagieren und sich in einem Mindestmass anzupassen. Sie leiden unter sozialer Isolation. Die Symptome einer Schizophrenie werden in positive und negative Symptome eingeteilt. Bei den positiven Symptomen handelt es sich um ein Übermass von Verhaltensweisen, das über das übliche Repertoire hinausgeht (Halluzinationen, Wahnvorstellungen).⁵ Negative Symptome sind der Verlust psychischer Funktionen (S. 289-290). Dazu gehören Spracharmut, in der zu wenig Informationen vermittelt werden oder die durch Wiederholungen gekennzeichnet sind. Flache Affekte lassen Betroffene abgestumpft wirken, sie zeigen wenig Emotionen. Sie vermeiden direkten Blickkontakt, die Stimme ist monoton. Häufig kommen Störungen des Willens, Antriebsschwäche, fehlendes Interesse an Alltagstätigkeiten und gestörte Beziehungen zur Aussenwelt vor. Menschen mit Schizophrenie ziehen sich emotional und sozial oft von ihrer Umgebung zurück (Stemmer-Lück, 2009, S. 292–293; Berking & Rief, 2012, S. 154–155).⁶

Menschen mit dieser Störung sind hinsichtlich ihrer Identität, Individualität und Entscheidungsfreiheit irritiert, erleben sich als entfremdet und unvertraut mit sich selbst. Dies wird als Depersonalisation definiert. Sie sind häufig nicht fähig, eigene Erfahrungen in Worte zu fassen (Symbolisationsstörungen) und verstehen übertragene Redewendung wie Sprichwörter, wörtlich (Konkretismus) (Schweitzer & Schlippe, 2015, S. 44).

⁵ Konkrete Beschreibung der Wahnvorstellung findet sich im Anhang.

⁶ Stemmer-Lück (2009) beschreibt eindrücklich das diffuse Innenleben betroffener Menschen. Die Beschreibung findet sich im Anhang.

Beziehungsmuster

Betroffene haben Angst davor, verlassen zu werden, was dazu führt, dass sie nicht Nein sagen können und konfliktreiche Themen vermeiden. Damit wird die Beziehung gestärkt. Um gleichzeitig Distanz zu wahren, verwenden sie eine vage Kommunikation. Sie bleiben damit zwar physisch in Beziehung, haben aber keinen Zugang zur Kommunikationsgemeinschaft und bleiben distanziert (Schweitzer & Schlippe, 2015, S. 54). Sie ziehen sich in ihre eigene Innenwelt zurück, was die Kommunikation mit der Umwelt erschwert (Stemmer-Lück, 2009, S. 298).

Nach Schweitzer und Schlippe (2015) können Menschen ohne psychische Störung die Kommunikation von Menschen mit schizophrener Störung nur schwer entschlüsseln. Sie ist unverständlich und passt nicht in die übliche Kommunikationsweise. Ohne Kommunikation ist keine Beziehung möglich (S. 48).

Nach Schweitzer und Schlippe (2015) führt diese uneindeutige Kommunikation dazu, dass Betroffene nicht mehr als Kommunikationspartner*innen ernstgenommen und ausgeschlossen werden. Die schizophrene Störung wird gefördert. Dabei führen zwei Abweichungen zu verschiedenen sozialen Reaktionen. Bei der Plussyptomatik, wenn Betroffene Wahnvorstellungen oder aggressives Verhalten entwickeln, reagiert das Umfeld mit einengenden Massnahmen sozialer Kontrolle. Bei der Minussyptomatik, wenn Betroffene zu wenig Verhalten zeigen (Apathie, Antriebslosigkeit), wird die Umgebung eingeladen, Betroffene zu aktivieren. Mit diesem beidseitigen Verhalten wird eine Chronifizierung der Störung gefördert, so dass Betroffene sich in ihrer Störung einrichten (Schweitzer & Schlippe nennen dies «Hauptberuf: psychisch behindert») und durch das Umfeld bestätigt werden (S. 54-55).

6.2.2 ERKLÄRUNG

Auch bei der Entstehung der Schizophrenie wird das Vulnerabilitäts-Stress-Modell verwendet. Biologisch gilt eine genetische Disposition für die Entstehung von Schizophrenie als gesichert (Roth et al., 2020, S. 283). Zusätzliche Faktoren (wie eine virale Infektion während der Schwangerschaft) können hinzukommen und die Hirnentwicklung stören. Auch Umweltfaktoren, eine Trennung der Eltern in der frühen Kindheit, Missbrauch, Vernachlässigung oder familiäre Kommunikationsstile (Kritik, Feindseligkeit, Überfürsorglichkeit) erhöhen das Risiko. Erste Symptome einer Erkrankung können durch Drogenkonsum (Cannabis) oder psychosozialen Stress

(in der Adoleszenz) entstehen (Roth et al., 2020, S. 284). Gut belegt sind genetische und psychosoziale Faktoren, die Veränderungen im System der Neurotransmitter hervorbringen. Koeslin und Streiber (2015) erwähnen zu den obengenannten Faktoren auch psychodynamische Faktoren. Widersprüchliches Verhalten durch die Mutter, in dem sie gegenüber dem Kind wenig Verständnis zeigt, nicht empathisch auf es eingehen kann oder es bevormundet, kann die Persönlichkeitsentwicklung erschweren. Das Kind entwickelt eine Ich-Schwäche. Auch starke Spannungen in der Familie, widersprüchliche Kommunikation oder Verleugnung wirken sich auf die Ich-Entwicklung des Kindes aus (S. 99).

Schweitzer und Schlippe (2015) beschreiben ähnliche Entstehungsvariablen. Eine unklare, vage Kommunikation fördert gestörte Kommunikationsmuster. Widersprechen sich verbale Äußerungen und Verhaltensaufforderungen, lassen sich diese inhaltlich kaum auseinanderhalten (z. B. «Ich liebe dich!» und «komm mir nicht zu nah!»). Damit weiss die angesprochene Person nicht, wie sie sich verhalten soll. Was sie tut wird falsch sein. Dieser Prozess der gegensätzlichen Aussagen und Verhaltensaufforderungen wird als «Double-Bind» beschrieben (Gregory Bateson, Don D. Jackson, Jay Haley und John Weakland, 1956; zit. in Schweitzer & Schlippe, 2015, S. 50). Die unklaren bis konfusen Wirklichkeitskonstruktionen innerhalb einer Familie und verdeckte Konfliktbearbeitung fördern die Störung und verhindern eine gesunde Ich-Entwicklung (S. 51).

Mit Grawes Konsistenztheorie könnte erklärt werden, dass Menschen mit Schizophrenie ihre Bedürfnisse, insbesondere das nach Bindung, nicht befriedigen können. Auch das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle wird insbesondere in der Kommunikation nicht gestillt. Ist diese in der Herkunftsfamilie schwammig, wirkt das irritierend und fördert Orientierungslosigkeit. Auch das Phänomen des «Double-Bind» erschwert die Orientierung und Kontrolle, sowohl in der Kommunikation als auch im Verhalten, was eine Inkongruenz geradezu fördert.

6.2.3 HANDLUNGSANSÄTZE

Koeslin und Streiber (2015) beschreiben eine aufdeckende Psychotherapie als kontraindiziert, weil das die Ich-Störung verstärken kann. Sie empfehlen die Bearbeitung der aktuellen Lebens- oder Krankheitssituation. Für die Beziehungsgestaltung im beraterischen Kontext bedeutet das, sich auf das Hier und Jetzt, auf die Bewältigung des Alltags zu konzentrieren und Betroffene zu ermutigen, zu unterstützen und sie zu fördern, ohne zu überfordern. Dabei soll die eigene Haltung wohlwollend und akzeptierend sein. Wo nötig, sollen sich Beratende unmissverständlich abgrenzen (S. 108).

Bindung, Nähe und Distanz

Stemmer-Lück (2009) nennt Grundsätze, wie die Beziehung zu Betroffenen gestaltet werden kann. An erster Stelle steht der langsame, einfühlsame Aufbau einer Vertrauensbeziehung. Es muss dabei eine gesunde Balance zwischen Nähe und Distanz gefunden werden. Eine zu grosse Nähe könnte heftige Gefühle auslösen und als Bedrohung betrachtet werden. Das könnte zu einer Verschlechterung des Allgemeinzustands führen. Die Wahrung einer gewissen Distanz entspricht dem Autonomiebedürfnis von Betroffenen und ist zu respektieren. Ziel ist, die Identität von Betroffenen zu stärken, indem ihre Selbständigkeit und Unabhängigkeit gewahrt bleiben (gilt auch für die Beratenden). Damit können Betroffene ihre Ich-Identität stärken (S. 304).

In der psychodynamischen Therapie spielen Gegenübertragungsgefühle eine entscheidende Rolle. Eine selbstbezogene Abwehr – Betroffene ziehen sich auf sich selbst zurück – wird dadurch deutlich, dass sich Beratende zurückgewiesen, kalt und verächtlich behandelt und entmutigt fühlen. Andersherum kann es sein, dass Betroffene Beratende vereinnahmen und Beratende sich ihrer Identität beraubt fühlen, unter Druck gesetzt und zu Handlungen gezwungen. Diese Gegenübertragungsgefühle sollen Beratende wahrnehmen und sie verarbeiten. Die Herausforderung besteht darin, nicht auf die Übertragungen zu reagieren, sondern andere, gesunde Beziehungsangebote zu machen (Stemmer-Lück, 2009, S. 305).

Selbstwerterhöhung und -schutz und Ressourcenorientierung

Laut Schweitzer und Schlippe (2015) haben Betroffene ihre Gründe, weshalb sie sich so verhalten. Hier kann die Absicht der Betroffenen wertgeschätzt werden, auch wenn der Inhalt der Aussagen

und das Verhalten für das Umfeld unverständlich sind (Schweitzer & Schlippe, 2015, S. 56). Menschen mit Schizophrenie haben eine schwach ausgebildete Ich-Identität, sie sind bezüglich ihrer Person orientierungslos. Durch die Förderung von Ressourcen können sie positive Erfahrungen machen und damit Teile ihrer Identität besser kennenlernen. Auch der Erwerb neuer Fähigkeiten und Kompetenzen kann das Selbstbild ändern und zur Selbstwerterhöhung beitragen. Im Beratungsgespräch können Beratende die Mitwirkung der Betroffenen loben, Anerkennung ausdrücken und Komplimente machen.

Orientierung und Kontrolle

Wenn Betroffene Wahnvorstellungen oder aggressives Verhalten zeigen (Plussymptomatik), reagiert die Umgebung in der Regel mit einengenden Massnahmen sozialer Kontrolle. Bei der Minussymptomatik (Apathie, Rückzug, Antriebslosigkeit) wird die Umgebung eingeladen, Betroffene zu aktivieren (Schweitzer & Schlippe, 2015, S. 54–55). Beide Verhaltensweisen scheinen ausserhalb der Kontrolle der Betroffenen zu sein. Die Kontrolle könnte gefördert werden, in dem die Verantwortung für das Verhalten den Betroffenen zurückgegeben wird. Beratende sollen klar kommunizieren, was von den Betroffenen erwartet wird und für die Minussymptomatik keine Verantwortung zu übernehmen.

Das Bedürfnis nach Orientierung mit der Vermittlung von Informationen gestillt werden. Beratende sollen immer wieder erläutern, was geplant ist, zuverlässig und berechenbar sein, Versprechen einhalten oder Überforderung, Stresssituationen und Zwang vermeiden (Koeslin & Streiber, 2015, S. 109).

Kommunikation

Menschen mit Schizophrenie können sich bei widersprüchlichen Aussagen (Double-Bind) nicht orientieren, weil nicht klar wird, was von ihnen erwartet wird. Das Bedürfnis nach Orientierung kann mit einer normalen, verständlichen und vernünftigen Kommunikation befriedigt werden (Schweitzer & Schlippe, 2015, S. 56; Koeslin & Streiber, 2015, S. 109). Betroffene haben auch Schwierigkeiten, eigene Erfahrungen in Worte zu fassen. Beratende sollen sie ermutigen, Worte zu finden und allenfalls Hilfestellung geben, indem sie Worte oder Begriffe zur Verfügung stellen. Weiter sollten Beratende verhindern, Sprichworte zu verwenden, da Betroffene sie wörtlich verstehen (Konkretismus).

Beispiel

Wenn Betroffene im Gespräch nicht weiterwissen:

Beratende.: «Haben Sie den roten Faden verloren?»

Klientel: «Welchen roten Faden? Ich habe keinen Faden verloren.»

Sucht einen Faden am Kleid oder Boden.

Eine einfache Rückfrage würde zu einer klaren Kommunikation beitragen:

Beratende: «Sie sprechen nicht mehr weiter. Möchten Sie mitteilen, was Sie im Moment denken? Oder fühlen?»

6.3 BORDERLINE

Die Borderlinestörung gehört zu den Persönlichkeitsstörungen. Im Grunde sind Persönlichkeitsstörungen Interaktions- oder Beziehungsstörungen. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen zeigen ungünstige Überzeugungen, wie «ich bin nicht wichtig», «in Beziehungen wird man nicht respektiert» oder «um wahrgenommen zu werden, muss man auf sich aufmerksam machen», was sich ungünstig auf Beziehungen auswirken kann (Sachse, 2020, S. 11). Um Persönlichkeitsstörungen und die Interaktionen nachvollziehbarer zu machen, beschreibt Sachse (2020) das Modell der doppelten Handlungsregulation.

Das Modell umfasst drei Ebenen:

Die Ebene der authentischen Handlungsregulation oder Motivebene: Auf dieser Ebene handeln Personen authentisch und transparent. Die Interaktionspartner*innen können die Absichten erkennen, z. B. das Motiv nach Wichtigkeit oder Anerkennung und diese Motive befriedigen.

Die Ebene der Schemata: Schemata sind Überzeugungen der Person von sich selbst («ich bin ein Versager») und von Beziehungen («In Beziehungen wird man nicht respektiert»).

Die Spielebene: Sie beschreibt Strategien, die Personen entwickelt haben, um schwierige Interaktionen zu lösen. Das Verhalten ist nicht authentisch, sondern manipulativ (Sachse, 2020, S. 26–27).

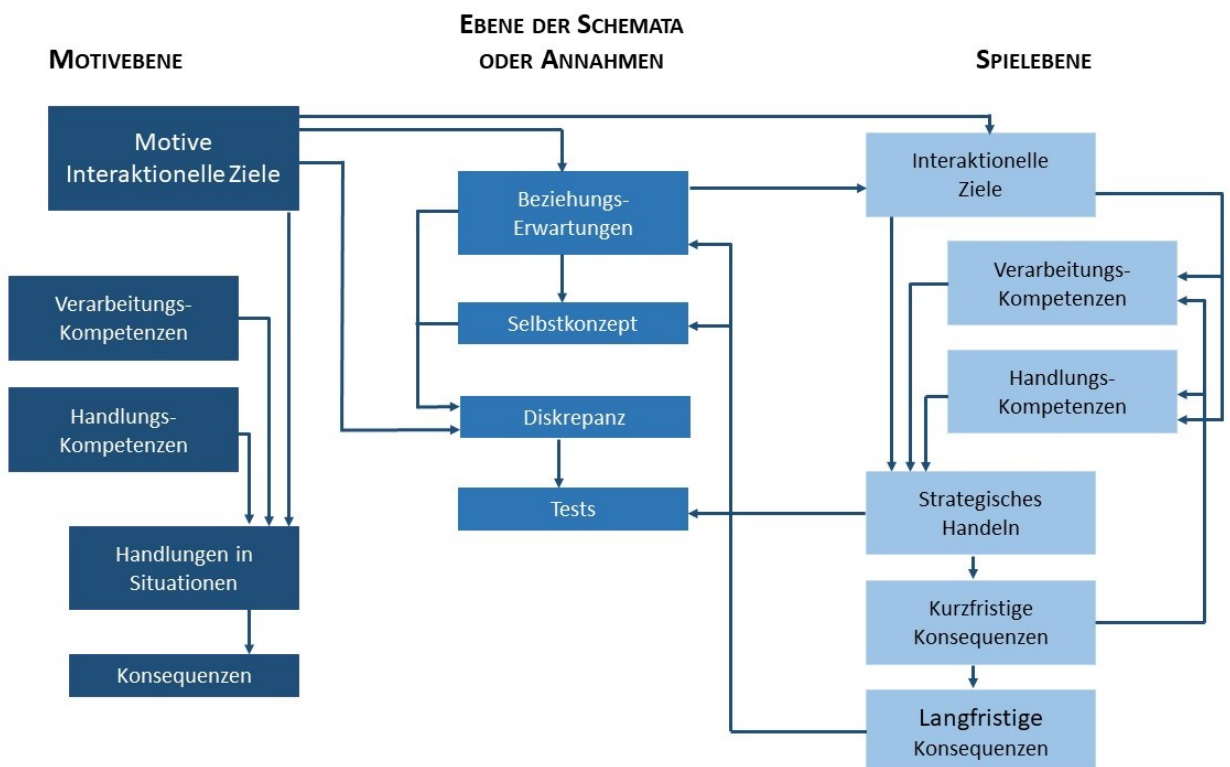


Abbildung 6: Das Modell der doppelten Handlungsregulation (Sachse, 2020, S. 28)

Menschen ohne Persönlichkeitsstörungen können ihre Bedürfnisse in Beziehungen erfüllen, indem sie sich entsprechend authentisch und transparent verhalten. Wurden diese Bedürfnisse über viele Jahre nicht gestillt und machen Personen immer wieder die Erfahrung, dass sie unerwünscht sind, stören und wertlos sind, bilden sie negative Schemata aus. Um dennoch ihre Bedürfnisse zu erfüllen, versuchen Betroffene, Lösungen zu finden. Sie entwickeln Interaktionsspiele. Sie verhalten sich so, dass das Gegenüber reagieren und Aufmerksamkeit schenken muss. Erhält z. B. ein Kind zu wenig Wertschätzung, kann es die manipulative Strategie entwickeln, lustig, unterhaltsam oder schlau zu sein. Es bringt das Umfeld dazu, ihm (unfreiwillig) Aufmerksamkeit zu schenken und damit sein Ziel zu erreichen. Das Bedürfnis nach Wertschätzung wird trotzdem nicht befriedigt, was die Motivebene blockiert (Sachse, 2020, S. 31–32).

6.3.1 BESCHREIBUNG

Nach ICD-10 lassen sich Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen folgendermassen beschreiben: Menschen mit dieser Form von Störungen zeigen meist über längere Zeit stabile Verhaltensmuster. Sie sind Ausdruck des charakteristischen, individuellen Lebensstils und zeigen das Verhältnis zur eigenen Person und zu anderen Menschen. Sie entstehen in der Kindheit aufgrund sozialer Erfahrungen, können aber auch erst später erworben werden. Es gibt spezifische oder kombinierte Persönlichkeitsstörungen und Störungen mit einer Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung oder psychischer Krankheit. Das Verhalten weicht in Denken, Wahrnehmen, Fühlen und in der Beziehungsgestaltung von der Durchschnittsbevölkerung ab (International Classification of Diseases ICD-10, 2021b).

Laut Gerhard Dammann und Paul Janssen (Dammann & Janssen 2001; zit in Schweitzer & Schlippe, 2015) zeigen Betroffene Impulsivität, emotionale Instabilität, dissoziales, konflikthafte Verhalten, Selbstschädigung und das dauernde Verlangen nach Aufregung und Anerkennung durch andere (S. 139).

Zusätzlich zu den obengenannten Merkmalen gehört zur Borderlinestörung ein verzerrtes Selbstbild (Grössenvorstellungen, Allmachtsfantasien), ein chronisches Gefühl innerer Leere, intensive, aber unbeständige Beziehungen und eine Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten bis zu Suizidversuchen. Andere Menschen werden als nur «gut» oder nur «schlecht/böse» wahrgenommen. In der Regel haben Betroffene eine dramatische, extreme Lebensführung (International Classification of Diseases ICD-10, 2021b; Schweitzer & Schlippe, 2015, S. 139– 140).

Betroffene sind sich nicht bewusst, dass sie anders sind und ihre Probleme auf ihre Denk- und Verhaltensweise zurückzuführen sind. Meistens leidet das Umfeld mehr als die Betroffenen selbst (Stemmer-Lück, 2009, S. 202).⁷

Beziehungsmuster

Ein zentrales Merkmal der Störung ist die Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen und in den Affekten. Das führt zu Schwierigkeiten und Konflikten. Menschen mit Borderline haben Mühe, eine angemessene interpersonale Distanz zu wahren und schwanken hin und her zwischen grosser Distanz und Klammerverhalten. Sie sind schnell enttäuscht, verärgert, wenn Erwartungen nicht erfüllt werden und bleiben dennoch intensiv ans Gegenüber gebunden. Die Angst vor dem Verlassenwerden oder Alleinsein beherrscht Betroffene. Das Gegenüber bleibt häufig irritiert zurück, weil es mal hochgelobt und bewundert, kurz darauf abgewertet, gehasst und verdammt wird (Stemmer-Lück, 2009, S. 210–211).

Menschen mit Borderline fühlen sich von ihrer Familie tief entfremdet. Die Familien haben dysfunktionale Beziehungsmuster und führen zu dysfunktionalen Selbst- und Beziehungsschemata der Kinder. Sie sehen sich wertlos, schädlich für andere, nicht wert, dass jemand bei ihnen bleibt oder sich solidarisch mit ihnen zeigt. Ihre Autonomie ist gefährdet und sie können ihre Grenzen nicht schützen. Ihr Beziehungsschema beinhaltet, dass man in Beziehungen nur abgewertet, kritisiert, nicht ernstgenommen, verlassen, bevormundet, kontrolliert wird und Grenzen überschritten werden. Ein weiteres Schema ist das Misstrauen. Betroffene misstrauen anderen Menschen und sich selbst. Sie trauen niemandem und ziehen sich innerlich zurück. Sie trauen ihren eigenen Erfahrungen nicht und damit ihren eigenen, inneren Signalen nicht. Sie nehmen diese Informationen nicht ernst (Rainer Sachse & Ueli Kramer, 2016, S. 12–13). Dadurch entwickeln sie kompensatorische Schemata und Strategien, z. B. durch Regeln für Interaktionspartner: man hat sie respektvoll zu behandeln, nicht zu kritisieren, volle Aufmerksamkeit zu schenken. Sie manipulieren, indem sie sich als Opfer sehen, andere verantwortlich machen oder sie entwickeln Symptome wie Ängste, Schmerzen,

⁷ Weitere Störungsmerkmale befinden sich im Anhang.

Herzbeschwerden usw. Manipuliert wird auch mit Suiziddrohungen oder -handlungen (Sachse & Kramer, 2016, S. 13).

Betroffene manipulieren auch mit Interaktionstests: sie provozieren, indem sie kritisieren und abwerten, nur um festzustellen, ob das Gegenüber freundlich und zugewandt bleibt. Bleibt das Gegenüber freundlich und zugewandt, hat es den Test bestanden. Wird es ärgerlich und wendet sich ab, ist der Test nicht bestanden und Betroffene lassen sich nicht auf die Beziehung ein (Sachse & Kramer, 2016, S. 14).

Schweitzer und Schlippe (2015) beschreiben Dynamiken, die zwischen Menschen mit Borderline und Therapeut*innen entstehen können. Das kann auch für Beratende der Sozialen Arbeit bedeutsam sein. Therapeut*innen werden von Betroffenen *zum Mitagieren eingeladen*, dies kann zu quasi-polizeilichem Eingreifen, Beschützen oder zum Mitmachen werden, was zu heftigen Konflikten bis hin zu zerstörerischen Interaktionen führen kann. Die *Einladung zur Spaltung* ist eine Fortführung des Mitagierens, gerade wenn Betroffene es nicht schaffen, verschiedene Zustände wie «gut» oder «böse» in sich selbst und anderen gleichzeitig wahrzunehmen (also spalten). Das kann zu heftigen Dynamiken und Konflikten führen. Das problematische Bindungsverhalten kann zur *Einladung zur Langzeittherapie oder zum Abbruch* führen. Entweder ist der Wunsch nach einer langfristigen Therapie vorhanden oder ein Therapieabbruch ist ein sich ständig wiederholendes Thema. Die Klientel testet Therapeut*innen und die gemeinsame Beziehung, indem sie Therapeut*innen abwertet, provoziert, und damit schaut, ob sie im Gegensatz zu ihren bisherigen Beziehungserfahrungen «ausgehalten» werden. *Einladung zur Kontextausblendung* bedeutet, dass die Klientel Therapeut*innen einlädt, den Kontext und die Zusammenhänge zwischen dem Verhalten der Klientel und ihrem sozialen Umfeld zu ignorieren (S. 143-144).

Das Konzept der Übertragung und Gegenübertragung, insbesondere der Gegenübertragungsreaktionen bei Beratenden kann auch hier wertvolle Hinweise liefern. Stemmer-Lück (2009) nennt sechs Phänomene:

Fehlende Beziehungskontinuität: Auf Seite der Beratenden kann sich die Beziehungsqualität rasch ändern. Wenn Beratende Wut oder Aggressionen empfinden, die der Situation unangemessen sind, leidet die Beziehungsqualität. Ebenso, wenn Beratende starke Beschützerimpulse wahrnehmen.

Omnipotente Gegenübertragung: Menschen mit Borderline äussern mit Hilfe der Spaltung und Idealisierung den Wunsch nach einer omnipotenten Beratungsperson. Diese identifiziert sich mit dem Wunsch und fühlt sich omnipotent (projizierte Identifikation, s. Anhang).

*Retter*in:* Beratende möchten helfen (retten) und die Rettungswünsche der Betroffenen speisen sich gegenseitig. In Gesprächen äussert sich dies z. B. durch dramatische Erzählungen von Einzelheiten eines Suizidversuchs oder -phantasien der Betroffenen.

Machtlosigkeit: Beratende fühlen sich oft hilf- und machtlos, wenn das Gegenüber mit massiver Wut auf ein angesprochenes Thema reagiert. Beratende können sich mit der projizierten Macht- und Hilflosigkeit der Betroffenen identifizieren.

Wut und Hass: empfinden Beratende massive Wut und Hass, kann das ein Hinweis auf eine Täter-Opfer-Dynamik sein. Betroffene repräsentieren die Täteranteile in der Gegenwart, indem sie Beratende missbrauchen, ausnutzen, kritisieren usw. Das löst bei Beratenden heftige Gefühle aus. Beratende können sich angegriffen fühlen, so wie Betroffene sich früher angegriffen fühlten.

Heftige Müdigkeit: Diese Müdigkeit dient zur Abwehr von Aggression und Leiden und kann für Beratende ein diagnostisches Hilfsmittel sein.

All diese Gegenübertragungssymptome können für die Beziehungsdynamik wertvolle Hinweise liefern und für die Beziehungsgestaltung hilfreich sein (Stemmer-Lück, 2009, S. 211–212).

6.3.2 ERKLÄRUNG

Neurobiologisch zeigen sich bei Menschen mit Borderline Beeinträchtigungen des serotonergen Systems. Stimmt der Serotoninspiegel nicht, fällt z. B. die Impulskontrolle weg und die Betroffenen reagieren mit Autoaggression oder Fremdaggression (Wutausbrüche, Gewalt) (Ulrike Schäfer, Eckart Rüther & Ulrich Sachsse, 2007, S. 53; Berking & Rief, 2012, S. 167).

Zur psychosozialen Erklärung erwähnen Sachse und Kramer (2016) biographische Ereignisse und Gegebenheiten, die eine Borderlinstörung entstehen lassen. So haben Betroffene häufig Bezugspersonen, die unter der gleichen Störung leiden oder psychotische Störungen, schizoaffektive Psychosen oder eine Alkohol- oder Drogensucht aufweisen. Sie weisen ausserordentliche Emotionsregulations-, Impuls-Kontroll-Störungen und Aggressivität auf und

sind in Beziehungen unberechenbar. Sie sind mal freundlich, mal ärgerlich, abweisend, abwertend, unsolidarisch oder grenzüberschreitend. Betroffene entwickeln hoch dysfunktionale Schemata (Sachse & Kramer, 2016, S. 9–10). Als Konsequenz davon können Betroffene keine klare Identität entwickeln und lassen sich nur unter Vorbehalt auf Beziehungen ein (Sachse & Kramer, 2016, S. 18–19; Berking & Rief, 2012, S. 167; Manfred Cierpka & Günter Reich, 2000; zit. in Schweitzer & Schlippe, 2015, S. 142).

Ein wichtiger Einflussfaktor bei einer Borderlinestörung ist ein erfahrenes Trauma, z. B. ein einschneidendes Erlebnis oder Misshandlungen und sexueller Missbrauch. Die Psyche verfügt über Schutzmechanismen. Bei einer frühkindlichen Bedrohung wird davon ausgegangen, dass die Gefühle «abgeschaltet» werden und damit das Schmerzhafte, Unerträgliches abgespalten, nicht mehr wahrgenommen und ins Unterbewusstsein verdrängt wird. Bemerkenswert ist die biologische Reaktion auf ein Trauma. Während des Traumas werden Stresshormone ausgeschüttet und die Erfahrung des Traumas wird im Gehirn anders abgespeichert als andere Erfahrungen. Die Erfahrungen gelangen nicht ins Langzeitgedächtnis, sie werden nicht codiert, sondern als raum- und zeitlose Erinnerungen abgespeichert. Traumatische Erinnerungen und die damit verbundenen Emotionen bleiben im aktuellen Erleben und werden nicht als Erfahrungen der Vergangenheit wahrgenommen. Diese Emotionen beeinflussen die Reaktionen auf die Umwelt (Schäfer et al., 2007, S. 55–56). Aufgrund dieser Erfahrungen fällt Betroffenen die Reflexion über sich und andere schwer oder ist gar blockiert (Stemmer-Lück, 2009, S. 214–216).

Bei einer Borderlinestörung scheinen die Bedürfnisse nach Grawe gänzlich unbefriedigt zu bleiben. Betroffene erleben über Jahre Inkongruenz-Zustände. Das Bedürfnis nach Bindung wurde vernachlässigt und kann in der Gegenwart kaum befriedigt werden. Betroffene binden andere an sich, halten sie gleichzeitig auf Distanz und haben Verlustängste. Gänzlich unbefriedigt bleiben die Bedürfnisse nach Orientierung und Kontrolle, vor allem nach erfahrenen Traumata. Wenn Kinder nie sicher sein können, was als nächstes geschieht, sind sie ständig auf der Hut und eine Kontrolle der Situation ist unmöglich. Auch intensive Emotionen können nirgends reguliert werden, sie werden abgespalten und sind damit unkontrollierbar. Ebenso bleiben die Selbstwerterhöhung und der Selbstwertschutz unberücksichtigt. Betroffene reagieren mit Schemata und Spielen, um die Bedürfnisse zu befriedigen was trotz Anstrengung nicht gelingt.

6.3.3 HANDLUNGSANSÄTZE

Die Zusammenarbeit und die Beziehungsgestaltung mit Menschen mit einer Borderlinestörung sind herausfordernd. Um die Handlungsmöglichkeiten zu strukturieren, wird wiederum mit dem Konsistenzmodell nach Grawe gearbeitet.

Bedürfnis nach Bindung

Die Beziehungsgestaltung mit Betroffenen ist intensiv. Beratende können trotz aller Stolpersteine die Bindungsfähigkeit fördern. Nach Martin Bohus (2019) sollen Betroffene neue Beziehungserfahrungen am Modell lernen. Dabei sollen sich dysfunktionale Verhaltensweisen ändern. Beratende können das fördern, indem sie selbst für Höflichkeit und Zuverlässigkeit sorgen, kooperatives Verhalten positiv verstärken und unangemessenes Verhalten nicht tolerieren, sondern ansprechen (S. 28).

Bohus (2019) kritisiert eine neutrale, beraterische Haltung und Beratende, die sich nicht als Gegenüber anbieten. «Normale» Reaktionen auf heftige Emotionen sind in der Regel intensiver und Menschen wenden sich einander zu und interagieren stärker miteinander. Bleiben Beratende neutral, fühlen sich Betroffene nicht gesehen und abgewiesen, was (neue) Beziehungsprobleme schafft. Wichtig ist, ein Gegenüber zu sein. Das heisst zu Beginn, eigene Emotionen zu zeigen, sich zu öffnen (soweit für Beratende vertretbar) und für Betroffene erfahrbar zu werden. Wesentliche Kompetenzen sind, die eigenen Grenzen als Beratungsperson zu kennen und diese zu kommunizieren (S. 29-32).

Nach Bohus (2019) leiden Menschen mit Borderline und suchen nach schnellen Veränderungen, um das Leid zu lindern. Diese schnellen Lösungen sind nicht zwingend nachhaltig. Stattdessen sollen in der Beziehung die momentane Situation und das Befinden der Betroffenen ernstgenommen und akzeptiert werden. Akzeptieren bedeutet nicht, die Situation oder das Befinden zu bewerten, sondern anzuerkennen, dass die Person so ist, wie sie ist. Auch Fehler einzugestehen kann förderlich sein, denn Fehler werden passieren. Damit werden Beratende zum Modell und Betroffene lernen, wie mit Fehlern umgegangen werden kann. Fehler kann man zugeben und reparieren (S. 32-34).

Nach Sachse und Kramer (2016) müssen Beratende sehr viel Zeit in die Beziehung investieren und Vertrauen aufbauen. Dabei sollen sie authentisch, empathisch, respektvoll und akzeptierend sein. Menschen mit Borderline reagieren aus unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen heraus. Deshalb sollten Beratende verstehen, aus welcher Störung heraus Betroffene reagieren und sich zu diesem Beziehungsmotiv komplementär verhalten. Beratende sollen die Tests bestehen, in dem sie fähig sind, ihre eigenen Schemata zu reflektieren und in der Beratung eben nicht aggressiv, beleidigend oder gekränkt zu reagieren, sondern die Beziehung nicht in Frage zu stellen. Beratende sollen nicht defensiv reagieren, sich nicht verteidigen, entschuldigen oder von Betroffenen kontrollieren lassen. Zusammengefasst sollen Beratende in der Beziehung mit den Betroffenen bleiben (S. 21-22).

Orientierung und Kontrolle

Das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle kann mit einer guten Auftragsklärung befriedigt werden. Der Konsens über den Auftrag unterstützt den Prozess. Wenn Beratende nicht jeden Auftrag annehmen, werden die Erwartungen enttäuscht. Daraus kann aber ein neuer Aushandlungsprozess entstehen, der sich positiv auf die Beziehung auswirkt und erste Lösungsschritte bringen kann (Andrea Ebbecke-Nohlen, 2001; zit. in Schweitzer & Schlippe, 2015, S. 145–146). Zudem können Betroffene den Prozess mitgestalten. Sie erhalten Kontrollmöglichkeiten zurück und können sich während des Prozesses am Auftrag orientieren.

Bohus (2019) empfiehlt Beratenden, eine gute Balance zwischen Flexibilität und der Einhaltung der Regeln zu finden. Werden die Regeln zu rigide eingefordert, werden die Bedürfnisse der Betroffenen nicht wahrgenommen. Werden sie nicht eingehalten und Beratende verhalten sich zu «weich», besteht die Gefahr, dass Betroffene sich dysfunktional verhalten. Klarheit und Flexibilität bietet den Betroffenen Orientierung und befriedigt dieses Bedürfnis (S. 33).

Das Bedürfnis nach Orientierung wird durch eine klare Kommunikation bezüglich Beratungsprozess, Beziehungsgestaltung, Mitwirkungserwartungen oder Grenzsetzen, befriedigt. Sind Beratende in der Beziehung verlässlich, halten sie sich an Vereinbarungen, und bleiben sie zugewandt, sind sie in dieser Hinsicht «kontrollierbar». Das Bedürfnis nach Kontrolle wird gestillt. Auf keinen Fall sollten Beratende über Interaktionstests, wie Sachse und Kramer (2016) sie beschreiben, kontrollier- und manipulierbar sein (S. 22).

Selbstwerterhöhung und -schutz und Ressourcenorientierung

Das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung kann wie bei den anderen Störungen durch Ressourcenaktivierung befriedigt werden. Anerkennung, Wertschätzung und Bestärkung der Fähigkeiten fördern den Selbstwert. Der Selbstwertschutz hat bei Menschen mit Borderline einen besonderen Stellenwert, denn ihre Grenzen wurden regelmässig überschritten. Hier gilt es, Grenzen zu respektieren und zu schützen. Damit wird ihre Selbstwahrnehmung gestärkt, sie gewinnen Sicherheit bezüglich ihrer Emotionen, Erfahrungen und deren Interpretation. Sie können ihr Innenleben wieder selbst kontrollieren und vertrauen gewinnen.

Beratende benötigen nach Bohus (2019) eine gute Balance zwischen stützender und wohlwollender, fordernder Haltung. Beratende sollen bei Bedarf unterstützen, aber keine Verantwortung für Betroffene übernehmen, wenn diese sie selbst tragen können. Die erreichten Veränderungen sollen gewürdigt werden, denn Betroffenen haben dafür arbeiten müssen (S. 33- 34).

Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung

Ebbecke-Nohlen (2001) beschreibt die Borderlinestörung als Entweder-oder-Muster, ein Verhalten zwischen Extremen. Betroffene und ihr Umfeld wechseln innerhalb kurzer Zeit zwischen Zuneigung und Abneigung, Bindung und Autonomie, Nähe und Distanz. Das ist für alle anstrengend. Beratende sollten sich nicht in dieser Entweder-oder-Dynamik einspannen lassen, sondern eine Haltung des Sowohl-als-auch einnehmen. Ambivalenzen gehören zum Leben und sollen gepflegt werden. Ambivalenzen zu akzeptieren kann entlasten (Ebbecke-Nohlen, 2001; zit. in Schweitzer & Schlippe, 2015, S. 148).

Um dieser Schwere oder Anstrengung entgegenzuhalten, nennt Heiko Kilian (2001) mögliche Interventionen: Positive Bewertung symptomatischen Verhaltens, Humor, sanfte Ironie, Übertreibung und Zuspitzung der Schilderungen, Ansprechen von aktuell beobachtbaren Verhaltensmustern, den Kontext umdeuten (Reframing) und Betroffene darin unterstützen, weniger schmerzhaft, lästige oder aufwendige Verhaltensmuster zu erhalten (Kilian, 2001; zit. in Schweitzer & Schlippe, 2015, S. 147–148). All das kann zur Entspannung der Situation führen und Betroffenen helfen, Hoffnung auf Besserung zu schöpfen. Das kann Unlust vermeiden und den Lustgewinn fördern, indem motivationale Ziele erreicht und Bedürfnisse befriedigt werden.

Beispiel

K: «Es macht Ihnen Spass, am längeren Hebel zu sein und Ihre Macht auszuüben und mich zu schikanieren. Fühlen Sie sich abends gut, wenn Sie andere fertig gemacht haben?»

B: «Ich kann nachvollziehen, dass es in diesem Kontext für Sie schwierig ist. Sie unterstellen mir aber Dinge, die mich verletzen. Ich möchte nicht, dass Sie mich persönlich angreifen und meine Arbeit abwerten.»

Mit dieser Intervention wird der Klientel Verständnis für die Situation entgegengebracht und gleichzeitig Grenzen gesetzt. Die Beratungsperson macht sich nahbar und bleibt damit in der Beziehung zur Klientel.

Die Beziehungsgestaltung zu Menschen mit psychischen Störungen wurde ausführlich dargestellt. In Kapitel 6.4 folgt die Essenz in der Übersicht.

6.4 ERGEBNISSE IN DER ÜBERSICHT

Um die Handlungsansätze übersichtlich darzustellen, wurden die zentralen Ergebnisse in einer Tabelle zusammengefasst. In der linken Spalte sind die Merkmale der Störungen zu sehen. In den folgenden Spalten werden förderliche und erschwerende Faktoren zusammengefasst und in der Spalte Bemerkungen, die Resultate auf wenige Stichworte reduziert.

Störung	Merkmale	Beziehungsgestaltung Förderliche Faktoren	Erschwerende Faktoren	Bemerkungen
Allgemein		<ul style="list-style-type: none"> • Kongruent, empathisch, wertschätzen (Haltung) • Verstehen, Verständnis, Vertrauen • Beratungskompetenzen einsetzen • Individuelle Ressourcen d. Klientel aktivieren • Selbstwertgefühl u. Selbstwirksamkeit fördern • Asymmetrie mindern • In Kontakt bleiben • Balance zwischen Nähe u. Distanz • Auftrags- und Rollenklärung 	<ul style="list-style-type: none"> • Machtverhältnisse ausnützen • Zuviel Verantwortung übernehmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratungskontext • Beziehungs-, Kommunikations- und Beratungskompetenzen • Fachwissen zur psychischen Störung
Depression	<ul style="list-style-type: none"> • Bedürfnis nach Nähe • Angepasst, zuvorkommend • Bedürfnis nach Autonomie 	<ul style="list-style-type: none"> • Sich auf Tempo, Energieniveau und Stimmung der Klientel einlassen • Bedürfnis nach Nähe stillen • Grenzen setzen, bei Anhänglichkeit Autonomie fördern • Bedürfnis nach Autonomie stillen und Nähe fördern • Konflikte, Missverständnisse ansprechen • Erreichbar sein, Sicherheit vermitteln (Vereinbarungen einhalten, Beratungsprozess führen) • Ressourcen erarbeiten und sichtbar machen • Betroffene ernst nehmen, Grenzen respektieren, Person schützen (bei Suizidgefährdung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratungszeit überschreiten • Lange Telefonate zwischen den Gesprächsterminen • Druck ausüben • Zu viel Leistung fordern 	<ul style="list-style-type: none"> • Balance zwischen Nähe und Autonomie finden • Ressourcen aktivieren • Schutz und Sicherheit vermitteln

Störung	Merkmale	Beziehungsgestaltung Förderliche Faktoren	Erschwerende Faktoren	Bemerkungen
Schizophrenie	<ul style="list-style-type: none"> • Realitätsverlust • Kommunikationsstörungen • Symbolisationsstörungen (Erfahrungen können nicht kommuniziert werden) • Konkretismus • Positive Symptome (Wahnvorstellungen, etc.) • Negative Symptome (flache Affekte, sozialer Rückzug) • Angst vor Nähe 	<ul style="list-style-type: none"> • Bearbeitung der Themen im Hier und Jetzt, Konzentration auf den Alltag • Vertrauensaufbau (benötigt viel Zeit) • Nähe ermöglichen (zu viel kann bedrohlich wirken) • Distanz einhalten (Autonomie wahren) • Absicht der Betroffenen würdigen, auch wenn inhaltliche Aussagen und Verhalten unverständlich sind • Individuelle Ressourcen fördern • Verantwortung übergeben • Klare Kommunikation bzgl. Erwartungen • Verantwortung für Verhalten bei Klientel lassen • Einfache, verständliche, ruhige und langsame Sprache verwenden • Bei Wortfindungsstörungen als Beratende Worte zur Verfügung stellen 	<ul style="list-style-type: none"> • Zu nahetreten • Sprichworte verwenden (Konkretismus) • Double-Bind Aussagen • Verantwortung für Verhalten übernehmen • Druck ausüben 	<ul style="list-style-type: none"> • Funktionale Kommunikation ermöglichen • Ressourcen fördern

Störung	Merkmale	Beziehungsgestaltung Förderliche Faktoren	Erschwerende Faktoren	Bemerkungen
Borderline	<ul style="list-style-type: none"> • Interaktions- und Beziehungsstörung • Doppelte Handlungsregulation (Motivebene, Schemata, Spiele) • Impulsivität • Emotionale Instabilität • Dissoziales, konflikthafte Verhalten • Verzerrtes Selbstbild • Gefühl innerer Leere • Intensive, unbeständige Beziehungen (Distanz-/Klammerverhalten) • Selbstdestruktives Verhalten • Schwarz/weiss Denken • Manipulatives Verhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Funktionale Beziehungsgestaltung fördern mit Höflichkeit, Zuverlässigkeit • kooperatives Verhalten positiv verstärken • unangemessenes Verhalten nicht tolerieren, sondern ansprechen • Als Person erfahrbar (nahbar) sein (Emotionen, Grenzen zeigen) • Fürsorglich, aufmerksam, unterstützend • Betroffene fordern, damit sie ihr Potential (Ressourcen) nutzen und Veränderungen anpacken • Sich zu den Bedürfnissen komplementär verhalten • Interaktionstests und Spiele bestehen (nicht defensiv reagieren, nicht verteidigen, nicht kontrollieren lassen, sondern akzeptierend, freundlich, zugewandt bleiben) • Regeln einhalten (und trotzdem flexibel bleiben) • Klare Kommunikation • Grenzen Betroffener schützen 	<ul style="list-style-type: none"> • eine beraterische, neutrale Haltung einnehmen • auf Spiele und Tests eingehen 	<ul style="list-style-type: none"> • Neue Beziehungserfahrungen ermöglichen • Als Beratende Modell sein für funktionale Beziehungsgestaltung

Tabelle 1: Übersicht Handlungsansätze bei spezifischen Störungen (eigene Darstellung)

7 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Das Ziel der Arbeit ist die Beantwortung der in der Einleitung gestellten Forschungsfragen. Um das Ziel zu erreichen, wurde zuerst die Ausgangs- und Forschungslage zum Thema Beziehungsgestaltung in der Beratung von psychischen Störungen beschrieben und die Berufsrelevanz formuliert. Mittels Beschreibungswissen wurden die Grundlagen zu den Themen Beziehung, Kommunikation, Beratung und psychischen Störungen gelegt. Mit zwei Erklärungsmodellen wurde die Entstehung psychischer Störungen dargestellt. Nach einer Bewertung und Zielsetzung aus sozialarbeiterischer Sicht entstanden Handlungsansätze zu allgemeinen und in Kapitel 6 Ansätze zu drei spezifischen Störungen.

7.1 BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGEN

Folgend sollen die drei Forschungsfragen verdichtet beantwortet werden.

1. *Welche Herausforderungen bestehen in der Beziehungsgestaltung in der Beratung von Menschen mit psychischen Störungen?*

Die Beziehungsgestaltung in der Beratung beinhaltet viele Aspekte, die berücksichtigt werden müssen. Der Kontext der Beratung, ob freiwillig oder angeordnet, ist entscheidend. Die Rolle der Beratenden, allgemeine förderliche und erschwerende Aspekte der Beziehungsgestaltung wie Nähe und Distanz, Machtverhältnisse, Verständnis, Vertrauen, Kommunikationsfähigkeiten und Fachkompetenzen, sind zentrale Faktoren für professionelles Handeln. Die Herausforderung in der Beziehung zu Menschen mit psychischen Störungen ist ihr dysfunktionales Verhalten. Erschwerend können emotionale Instabilität, Wahnvorstellungen, dissoziales oder manipulatives Verhalten, Nähe- und Distanzstörungen, usw. sein. Diese Bereiche beeinflussen die Beziehungsgestaltung in der Beratung. Konsequenzen einer nichtgelingenden Beziehung in der Beratung können fehlende Ressourcenerschliessungen (z. B. medizinische Versorgung, Versicherungsleistungen, Beratung) bis hin zu fehlender Integration und Partizipation in die Gesellschaft sein.

2. *Wie gelingt die Beziehungsgestaltung in der Beratung von Menschen mit psychischen Störungen?*

Förderlich sind eine wertschätzende Haltung, Empathie und Kongruenz, umfassende Kommunikationskompetenzen wie zuhören können, paraphrasieren, lösungsorientierte Fragen stellen, paraverbale Kommunikation einsetzen, und ressourcenorientiertes Arbeiten. Bei Menschen mit psychischen Störungen ist der Vertrauensaufbau wesentlicher Bestandteil der Beziehung.

In der Sozialen Arbeit ist die individuelle Ressourcenerschließung der Klientel sehr wichtig. Menschen mit psychischen Störungen werden häufig an ihren Defiziten gemessen. Deshalb ist die Erschließung ihrer Ressourcen umso wichtiger. Für diesen Prozess wird aufgrund der Störungen mehr Zeit und Geduld benötigt. Humor an der passenden Stelle ist hilfreich, entlastet und befriedigt das Bedürfnis nach Lustgewinn.

Förderlich ist die Bedürfnisbefriedigung nach Bindung, Orientierung und Kontrolle, Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz und nach Lustgewinn und Unlustvermeidung, wie dies Grawe beschreibt. Beratende können Betroffene darin unterstützen, genau diese Bedürfnisse zu befriedigen, in dem sie sich in der Beziehung komplementär verhalten, damit Betroffene ihre motivationalen Ziele erreichen. Die Erreichung der Ziele soll ohne dysfunktionale Schemata oder manipulativen Spiele möglich werden. Mit der Bedürfnisbefriedigung sinkt die Inkongruenz, führt zu positiveren Erfahrungen und zur Verbesserung des psychosozialen Wohlbefindens.

Erschwerende Faktoren können Machtverhältnisse, unterschiedliche Erwartungen der Klientel an die Beratenden («rette mich») oder umgekehrt («verändere dich»), der Kontext oder das Verhältnis von Nähe und Distanz sein. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen verfügen über fehlende Krankheitseinsicht, was sie daran hindert, Verantwortung für sich selbst zu übernehmen. Die gesellschaftliche Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Störungen können sich in der Beratung wiederholen. Fachpersonen verfügen über ähnliche Vorurteile gegenüber Betroffenen, sie können diese durch Selbstreflexion erkennen und sich alternativ verhalten.

3. Wie gelingt die Beziehungsgestaltung bei Menschen mit depressiven Störungen, Schizophrenie und Borderline?

Selbstredend ist wie bei allen Klient*innen eine empathische, wertschätzende und kongruente Haltung der Beratenden hilfreich. Ebenso die oben beschriebenen förderlichen Faktoren.

Die drei beschriebenen Störungen haben ihre eigenen Merkmale, die sich auf die Beziehungsgestaltung zwischen Betroffenen und Beratenden auswirken. Um dies vergleichend und übersichtlich darzustellen, wurden die Merkmale der Störung mit förderlichen und erschwerenden Faktoren tabellarisch zusammengefasst (Kap. 6.4).

Zusammenfassend gelingt die Beziehung mit Menschen mit psychischen Störungen, wenn Beratende die Merkmale der Störung wahrnehmen, erkennen und damit störungsspezifisch arbeiten. Zusätzlich sind Beratungs-, Kommunikationskompetenzen und Reflexionsfähigkeiten zentrale Faktoren für die Beziehungsgestaltung in der Beratung.

Eine gute und hilfreiche Beziehungsgestaltung ist erreicht, wenn die Klientel ihre Bedürfnisse nach Bindung, Orientierung und Kontrolle, nach Selbstwerterhöhung und -schutz und nach Lustgewinn und Unlustvermeidung befriedigen kann. Die Bedürfnisbefriedigung wird sich positiv auf die Betroffenen auswirken.

7.2 PRAXISRELEVANZ UND AUSBLICK

Beratung findet in der Sozialen Arbeit in unterschiedlichen Formen und in unterschiedlichen Kontexten statt. Damit diese gelingt, ist die Beziehung zwischen Beratenden und Klientel wichtig und entscheidet über Erfolg oder Misserfolg der Beratung. Der Erfolg der Beratung hat Auswirkungen auf der Mikroebene. Die Klientel erfährt in der Beratung Wertschätzung und Akzeptanz und wird in ihrer Persönlichkeit und ihren Fähigkeiten gefördert. Dies steigert das Selbstbewusstsein und -vertrauen. Auf Mesoebene ermöglicht eine erfolgreiche Beratung die Erschließung diverser Ressourcen und auf Makroebene findet die Inklusion der Klientel in die Gesellschaft statt. Es sind hohe Ziele, die die Soziale Arbeit anstrebt und in der Praxis werden nicht alle zu erreichen sein. Aber wenn schon einige Lebensbereiche der Klientel verbessert werden, sie zu Wohlbefinden kommen, genügend (finanzielle) Ressourcen haben, um sich in der Gesellschaft zu beteiligen, ist schon viel erreicht. Ein Beziehungsabbruch in der Beratung kann

weitreichende Konsequenzen haben. Deshalb soll der erweiterte Kontext, in dem Beratung stattfindet und die Beziehung gestaltet wird, mitberücksichtigt werden. Beratende müssen sich ihrer Verantwortung bewusst sein. Gleichzeitig benötigen Sozialarbeitende Gelassenheit, denn sie sind ein Teil in einem grösseren Kontext und was ihnen nicht gelingt, gelingt vielleicht anderen.

Sozialarbeitende benötigen persönliche und interdisziplinäre Kompetenzen wie Beratungs- und Kommunikationsfähigkeiten. In der Beratung von Menschen mit psychischen Störungen sind zusätzlich spezifische Fachkompetenzen nötig, damit die Störungen erkannt und mit Betroffenen gearbeitet werden kann. Das beinhaltet das Wissen zu Störungsmerkmalen und ihre Behandlungsmöglichkeiten, damit Betroffene eingeschätzt und an Fachpersonen triagiert werden können. Ebenso ist therapeutisches Wissen für die Beratung und Beziehungsgestaltung hilfreich, gleichzeitig sollen Sozialarbeitende ihre Kompetenzen und (Fach-)Grenzen kennen. Sie haben keinen therapeutischen, sondern einen sozialarbeiterischen Auftrag.

Es ist davon auszugehen, dass Sozialarbeitende in Zukunft weiterhin mit Betroffenen arbeiten werden. Dafür würde es sich lohnen, spezifische Beratungskonzepte, inklusive Beziehungsgestaltung, zu erarbeiten und in diesem Feld zu forschen. Der Gewinn könnte für Sozialarbeitende wie für Betroffene gross sein.

Der Blick innerhalb des Themas kann nicht auf der individuellen Ebene gerichtet bleiben. Die Institutionen und die Gesellschaft sind für das Wohlbefinden der Betroffenen und die Inklusion mitverantwortlich. Dazu gehören zur Verfügung gestellte Ressourcen, Zugänglichkeit und ein breites Versorgungssystem für Menschen mit Unterstützungsbedarf. Nur wenn alle Beteiligten sich nach ihren Möglichkeiten und Aufträgen engagieren, kann die gesellschaftliche Kohäsion gelingen. Darauf hinzuarbeiten ist einer der Aufträge der Sozialen Arbeit.

8 LITERATURVERZEICHNIS

Abplanalp, Esther, Cruceli, Salvatore, Disler, Stephanie, Pulver, Caroline & Zwilling, Michael (2020). *Beraten in der sozialen Arbeit. Eine Verortung zentraler Beratungsanforderungen*. Bern: Haupt Verlag; UTB.

Amnesty International (ohne Datum). *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte*. Bern.

Asendorpf, Jens, Banse, Reiner & Neyer, Franz J. (2017). *Psychologie der Beziehung* (2., vollst. überarb. Aufl.). Bern: Hogrefe.

AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern.

AvenirSocial (2014). *Berufsbild der Professionellen Sozialer Arbeit*. Bern.

Beesdo-Baum, Katja & Wittchen, Hans-Ulrich (2011). Depressive Störungen. Major Depression und Dysthymie. In Hans-Ulrich Wittchen & Jürgen Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2., überarb. Aufl., S. 879–914). Berlin: Springer.

Berking, Matthias & Rief, Winfried (Hrsg.) (2012). *Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor. Lesen, Hören, Lernen im Web*. Berlin: Springer.

Best, Laura (2020). *Nähe und Distanz in der Beratung. Das Erleben der Beziehungsgestaltung aus der Perspektive der Adressaten*. Wiesbaden: Springer VS.

Bohus, Martin (2019). *Borderline-Störung* (2., vollst. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Burtscher, Vera, Schweitzer, Karin & Victorin, Johanna (2020). *Beziehungsgestaltung als Kernkompetenz Sozialer Arbeit. Erkenntnisse aus Literatur und Praxis*. Unveröffentlichtes Forschungsprojekt. Hochschule Luzern - Soziale Arbeit.

Conen, Marie-Luise & Cecchin, Gianfranco (2007). *Wie kann ich Ihnen helfen, mich wieder loszuwerden? Therapie und Beratung in Zwangskontexten*. Heidelberg: Carl-Auer.

Gahleitner, Silke Birgitta (2017). *Soziale Arbeit als Beziehungsprofession. Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen*. Weinheim: Beltz Juventa.

Giertz, Karsten, Grosse, Lisa, Gahleitner, Silke Brigitta & Steckelberg, Claudia (2021). Hard-to-recht-Klientel, Menschenrechte und Soziale Arbeit. In Karsten Giertz, Lisa Große & Silke Birgitta Gahleitner (Hrsg.), *Hard to reach: schwer erreichbare Klientel unterstützen* (S. 14–29). Köln: Psychiatrie Verlag.

Grawe, Klaus (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Gregusch, Petra (2013). *Auf dem Weg zu einem Selbstverständnis von Beratung in der Sozialen Arbeit. Beratung als transprofessionelle und sozialarbeitsspezifische Methode*. Dissertation der Humanwissenschaften der Universität Kassel.

Grosse, Lisa & Gahleitner, Silke Brigitta (2021). Hilfeprozesse bei Hard-to-reach-Klientel beziehungsorientiert ermöglichen. In Karsten Giertz, Lisa Große & Silke Birgitta Gahleitner (Hrsg.), *Hard to reach: schwer erreichbare Klientel unterstützen* (S. 95–104). Köln: Psychiatrie Verlag.

Hochuli Freund, Ursula & Stotz, Walter (2015). *Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch* (3., überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

International Classification of Diseases [ICD-10]. (2021a). *Affektive Störungen. Depressive Episode*. Gefunden unter <https://www.icd-code.de/icd/code/F32.-.html>

International Classification of Diseases [ICD-10]. (2021b). *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Spezifische Persönlichkeitsstörungen*. Gefunden unter <https://www.icd-code.de/icd/code/F60.-.html>

International Classification of Diseases [ICD-10]. (2021c). *Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen. Schizophrenie*. Gefunden unter <https://www.icd-code.de/icd/code/F32.-.html>

- Klug, Wolfgang, Niebauer, Daniel, Dittelbach, Beatrice & Huber, Franziska (2020). Beziehungsgestaltung in der Sozialen Arbeit. Eine empirische Annäherung aus Sicht sozialarbeiterischer Fachkräfte. *Soziale Arbeit. Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete*, 69, 378–385.
- Koeslin, Jürgen & Streiber, Sonja (2015). *Psychiatrie und Psychotherapie für Heilpraktiker* (4. Aufl.). München: Urban & Fischer.
- Lambers, Helmut (2018). *Theorien der Sozialen Arbeit. Ein Kompendium und Vergleich* (4., überarb. und erweit. Aufl.). Opladen: Barbara Budrich.
- Lippitt, Gordon L. & Lippitt, Ronald (2015). *Beratung als Prozess. Was Berater und ihre Kunden wissen sollten* (4. Aufl.). Wiesbaden: Springer.
- Nußbeck, Susanne (2014). *Einführung in die Beratungspsychologie* (3. aktual. Aufl.). Stuttgart: UTB GmbH; Reinhardt.
- Pixabay (ohne Datum). *Titelbild. Beratung.* Gefunden unter https://cdn.pixabay.com/photo/2012/11/27/09/23/face-67430__340.jpg
- Public Health Schweiz (2012). *Positionspapier Entstigmatisierung. Grundlagen für eine nationale Kampagne zur Entstigmatisierung von psychischen Krankheiten und von Menschen mit Störungen der psychischen Gesundheit.* Bern: Autor.
- Riegler, Anna (2014). *Anerkennende Beziehung in der Sozialen Arbeit* (Research). Dissertation. Wiesbaden: Springer VS.
- Rogers, Carl R. (2012). *Der neue Mensch* (9. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Roth, Gerhard, Heinz, Andreas & Walter, Henrik (Hrsg.) (2020). *Psychoneurowissenschaften.* Berlin: Springer Spektrum.
- Ruf, Gerhard Dieter (2017). *Bipolare Störungen.* Heidelberg: Carl-Auer.
- Sachse, Rainer (2016). *Therapeutische Beziehungsgestaltung* (2., aktual. und ergänzte Auflage 2016). Göttingen: Hogrefe.

- Sachse, Rainer (2019). *Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die psychologische Psychotherapie* (3., aktual. und erw. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, Rainer (2020). *Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten* (11. Auflage). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Sachse, Rainer & Kramer, Ueli (2016). *Die Schema-Borderline-Störung*. Gefunden unter <https://www.ipp-bochum.de/n-kop/borderline-persoenlichkeitsstoerung-schemablstoerung.pdf>
- Schäfer, Ulrike, Rüter, Eckart & Sachsse, Ulrich (2007). *Borderline-Störungen. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schäfer, Cornelia (2010). *Die Beratungsbeziehung in der Sozialen Arbeit. Eine theoretische und empirische Annäherung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schweitzer, Jochen & Schlippe, Arist von (2015). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen* (6. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schweizerische Eidgenossenschaft (2021). Bundesverfassung der schweizerischen Eidgenossenschaft. Bern: Autor
- Sommerfeld, Peter, Dällenbach, Regula, Rügger, Cornelia & Hollenstein, Lea (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis*. Wiesbaden: Springer VS.
- Stemmer-Lück, Magdalena (2009). *Verstehen und Behandeln von psychischen Störungen. Psychodynamische Konzepte in der psychosozialen Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Walter, Henrik (2020). Natur, Diagnose und Klassifikation psychischer Erkrankungen. In Gerhard Roth, Andreas Heinz & Henrik Walter (Hrsg.), *Psychoneurowissenschaften* (S. 231–254). Berlin: Springer Spektrum.
- Watzlawick, Paul, Bavelas, Janet H. B. & Jackson, Don D. (1982). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien* (6. Aufl.). Bern: Hans Huber.

Wittchen, Hans-Ulrich & Hoyer, Jürgen (Hrsg.) (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2., überarb. Aufl.). Berlin: Springer.

World Health Organization [WHO]. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Ottawa: Autor. Gefunden unter <https://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>

World Health Organization [WHO]. (2013). *Gesundheit 2020. Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert*. Copenhagen: World Health Organization.

Zobrist, Patrick & Kähler, Harro D. (2017). *Soziale Arbeit in Zwangskontexten. Wie unerwünschte Hilfe erfolgreich sein kann*. (3., vollst. überarb. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.

9 ANHANG

Um die Störungsbilder Depression, Schizophrenie und Borderline besser nachvollziehen zu können, werden sie folgend ausführlicher beschrieben.

A DEPRESSION

Symptomatik

Stemmer-Lück (2009) und Berking und Rief (2012) beschreiben die Symptomatik einer Depression ähnlich. Sie werden hier zusammengefasst dargestellt:

Affektive Symptome: Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Erschöpfung Hilflosigkeit, Traurigkeit, Gefühl innerer Leere, Entfremdung zur Umwelt.

Motivationalen Symptomen: Rückzugs- und Vermeidungsverhalten, verlangsamte Sprache und Motorik, Antriebslosigkeit und fehlendes Interesse an den gewohnten Aktivitäten.

Verhaltens-/motorische Symptome: das Aktivitätsniveau ist vermindert, wenig Produktivität und Effektivität. Die Körperspannung fehlt und Menschen mit depressiver Störung bewegen sich langsamer, zögerlich und schwunglos.

Somatische Symptome: Kopfschmerzen, allgemeine Schmerzen, Verdauungsstörungen, Benommenheit, Essstörungen, Schlafstörungen, leichte Ermüdbarkeit, innere Unruhe, Weinen, kraftlose und spannungsleere Körperhaltung gehören zur Symptomatik.

Kognitive Symptomatik und Selbstbildproblematik: Das Selbstbild ist meist negativ, Betroffene fühlen sich als Versager*innen, unzulänglich, schlecht, minderwertig etc. Sie fühlen sich für negative Ereignisse verantwortlich, positive Leistungen schreiben sie sich in der Regel nicht zu. Auch Pessimismus, Entscheidungsprobleme, Einfallsarmut, negative Gedanken gegenüber Zukunft gehören dazu (Stemmer-Lück, 2009, S. 105–106); (Berking & Rief, 2012, S. 31).

Stemmer-Lück (2009) beschreibt zwei Grundtypen der Depression, die in unterschiedlichen Beziehungserfahrungen gründen. Die *anaklitische Depression* zeigt sich in einem abhängigen und

hilfesuchenden Beziehungsverhalten, während die *introjektive Depression* sich in einem autonomen, selbstkritischen Verhaltensmuster zeigt (Stemmer-Lück, 2009, S. 106).

B SCHIZOPHRENIE

Stemmer-Lück (2009) beschreibt diverse Halluzinationen, die bei Schizophrenie vorkommen können Akustische Halluzinationen, in der Geräusche oder Stimmen ausserhalb des Kopfes gehört werden, taktile, visuelle, Geschmacks- oder Geruchshalluzinationen oder Körperhalluzinationen (das Herz fühlt sich als Eiskugel an, die Leber wechselt ihren Platz). Wahnvorstellungen beinhalten veränderte Gedanken, Vorstellungen oder Meinungen wie Verfolgungswahn, Grössenwahn oder Beziehungswahn (Menschen, Gegenstände oder Ereignisse haben eine besondere, persönliche Bedeutung). Der Wahn, kontrolliert zu werden (Gefühle, Gedanken, Handlungen werden von aussen gelenkt), eine desorganisierte Sprechweise und inadäquate Affekte (Lächeln beim Hören einer traurigen Nachricht) sind Teil der Symptomatik (S. 290-292).

Stemmer-Lück (2009) versucht zusätzlich, die innere Welt von Betroffenen zu beschreiben. Alle Menschen tragen verschiedene Selbstbilder in sich. Es sind Bilder, wie sie sich heute sehen, aber auch Bilder, wie sie sich früher gesehen haben. Dazu kommen Idealbilder des Selbst, ein aktuelles und ein vergangenes und dann gibt es Selbstbilder, in der sich Menschen als böse, gemein, oder freundlich und zuvorkommend sehen. Bei Menschen mit Schizophrenie sind diese verschiedenen Selbstbilder nicht scharf voneinander getrennt, sondern alle nebeneinander gleichzeitig vorhanden und aktiv. Sie alle drängen ins Bewusstsein, ohne dass sich die Betroffenen wehren können. Die Bilder sind unscharf und durchlässig und drohen miteinander zu verschmelzen. Erschwerend kommt hinzu, dass nun Bilder anderer Personen hinzukommen (Objektbilder), Bilder aus der Gegenwart, der Vergangenheit, Idealbilder, enttäuschende Bilder des Gegenübers. Dazu kommen Affekte, die mit den Bildern verknüpft sind, z. B. Wut auf Personen, die geliebt worden sind, aber enttäuscht haben. All diese Bilder und Emotionen können nicht klar voneinander abgegrenzt werden, es gibt keine Struktur, keine Differenzierung. Die Trennung von Bildern und Abgrenzung gelingt bei Betroffenen nicht. Es erstaunt nicht, dass bei solch intensiver innerpsychischer Aktivität Betroffene abwesend und unkonzentriert sind (S. 296-297).

Gesunde Menschen können diese Bilder trennen und strukturieren, sie wissen, welche Bilder in die Gegenwart und in die Vergangenheit gehören. Laut Stemmer-Lück (2009) gibt es zwei innerpsychische Bewegungen. Zum einen verschwimmen die Grenzen zwischen Selbst und Gegenüber, zwischen Innenwelt und Aussenwelt. Um eine Ordnung in dieses Chaos zu bringen, spalten Betroffene, und das ist die zweite Bewegung, Innen- und Aussenwelt, in dem sie die inneren Bilder auf die Aussenwelt projizieren (z. B. durch akustische Halluzination, innere Stimmen mit aggressiven Inhalten werden von aussen gehört) und Bilder von real erlebten Aussenpersonen werden introjiziert und verinnerlicht (z. B. Grössenwahnvorstellungen von historisch bedeutsamen Personen). Die Projektion und Introjektion dienen dazu, das Ich oder Selbst vor völliger Auflösung und Zerfall zu schützen. Grund dafür ist eine schwache Ich-Entwicklung (S. 297).

C BORDERLINE

Stemmer-Lück (2009) beschreibt weitere Merkmale, die zum Störungsbild gehören: multiple Phobien, Zwangssymptome, dissoziative Reaktionen wie Amnesien, Dämmerzustände, chronische Depersonalisations- und Derealisationserlebnisse, depressive Zustände, Störungen des Sexuallebens oder Grössenfantasien. Weiter beschreibt sie, dass Menschen mit einer Borderlinestörung es nicht schaffen, die guten und schlechten Anteile bei sich selbst wie bei anderen Menschen zusammenzubringen und zu integrieren. Sie äussert die Vermutung, dass das Zusammenbringen von entgegengesetzten Vorstellungen oder Emotionen Angst auslöst, weil die negativen Anteile dominieren könnten. Damit das vulnerable System nicht von negativen Gefühlen überflutet wird, wird die *Spaltung* von positiven und negativen Affekten aufrechterhalten. Diese Spaltung äussert sich entweder in Liebe *oder* Hass, Schwarz *oder* Weiss. Der Sinn der Spaltung ist, dass die guten Aspekte nicht von den negativen Aspekten gefährdet oder gar zerstört werden. Diese Spaltung bewirkt, dass zu einem Zeitpunkt immer nur ein Aspekt bewusst ist, während der andere unbewusst ist. Das kann sich innerhalb kürzester Zeit ändern und der unbewusste Aspekt gelangt an die Oberfläche. Dies erklärt der schnelle Wechsel der Emotionen. In einem Moment ist das (idealisierte) Gegenüber gut, im anderen Moment das Gegenteil (S. 208). Weiter gehört die *Projektion* dazu, in der die gefährlichen, bösen, nicht akzeptierten Selbstanteile auf das Gegenüber projiziert werden und, weil diese zur Gefahr werden, bekämpft werden müssen (S. 206-208). Bei der *projektiven Identifikation* werden Erlebens- und Verhaltensweisen des Gegenübers tatsächlich verändert. Das Gegenüber

identifiziert sich mit den in sie projizierten Gefühlen und Bildern (Stemmer-Lück, 2009, S. 209). Schäfer et al. (2007) beschreiben, dass die eigenen Anteile externalisiert werden und die Person mit der Borderlinestörung sich so verhält, dass das Gegenüber so wird, wie sie sie sehen wollen. Das Gegenüber lebt die projizierten Gefühle aus (sowohl aggressive wie positive Anteile) (Schäfer et al., 2007, S. 46); (Stemmer-Lück, 2009, S. 209).