

Natascha Molinari & Marco Leuenberger

Distanzierungsstrategien Sozialarbeitender im Beratungsprozess gegenüber negativen Grundeinstellungen depressiver Menschen

Bachelor-Thesis der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit
Dezember 2017



Sozialwissenschaftlicher Fachverlag Edition Soziothek

Edition Soziothek
c/o Berner Fachhochschule BFH
Soziale Arbeit
Hallerstrasse 10
3012 Bern
www.soziothek.ch

Natascha Molinari & Marco Leuenberger: Distanzierungsstrategien Sozialarbeitender im Beratungsprozess gegenüber negativen Grundeinstellungen depressiver Menschen

ISBN 978-3-03796-660-0

Schriftenreihe Bachelor-Thesen der Berner Fachhochschule BFH – Soziale Arbeit.

In dieser Schriftenreihe werden Bachelor-Thesen von Studierenden publiziert, die mit Bestnote beurteilt und zur Publikation empfohlen wurden.



Dieses Werk wurde unter einer Creative-Commons-Lizenz veröffentlicht.

Lizenz: CC-BY-NC-ND 4.0

Weitere Informationen: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Sie dürfen:

Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten

Unter 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.

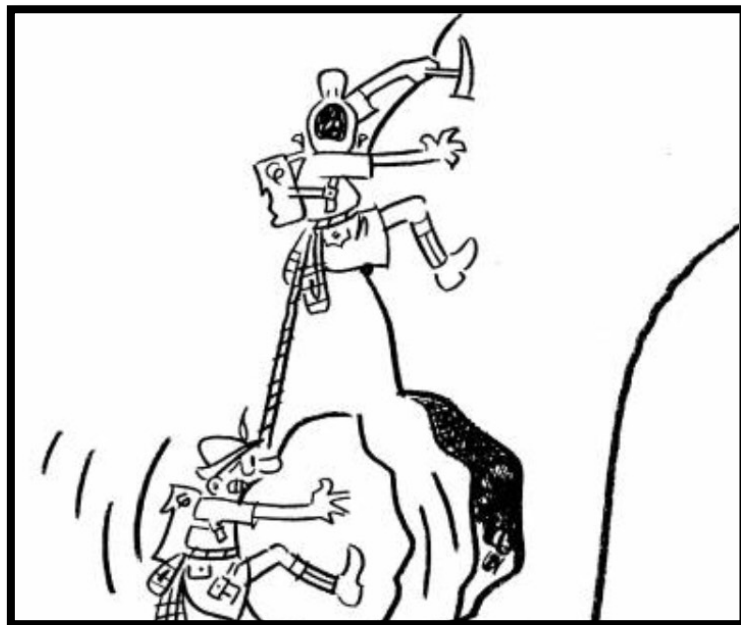
Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen, dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

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

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Natascha Molinari
Marco Leuenberger

Distanzierungsstrategien Sozialarbeitender im Beratungsprozess gegenüber negativen Grundeinstellungen depressiver Menschen



Bachelor-Thesis zum Erwerb
des Bachelor-Diploms

Berner Fachhochschule
Fachbereich Soziale Arbeit

Abstract

Das Ziel der vorliegenden Bachelor-Thesis ist, konkrete Distanzierungsstrategien Sozialarbeitender gegenüber negativen Grundeinstellungen depressiver Menschen zu erarbeiten. Damit soll die psychische Gesundheit von Sozialarbeitenden im Beratungsprozess langfristig gewahrt werden. Die Erfahrung zeigt, dass Sozialarbeitende in ihrem beruflichen Alltag häufig mit depressiven Klientinnen und Klienten in Kontakt sind. Diese Kontakte stellen angesichts persönlicher Erfahrungen der Autorenschaft hinsichtlich des eigenen Wohlbefindens und der eigenen Gesundheit eine besondere Herausforderung dar. Die Autorenschaft stellt sich aufgrund dessen die Frage, wie Sozialarbeitende die eigene psychische Gesundheit bewahren können.

In einem ersten Schritt werden die Themenbereiche der psychischen Gesundheit, Depression und der Distanzierung als theoretische Grundbasis mit aktueller Fachliteratur erarbeitet. In einem zweiten Schritt werden nebst zwei Exkursen der Einfluss von Gefühlen und Stimmungen im Denkprozess besprochen. In einem dritten Schritt werden auf der Grundlage dieses Theoriewissens vier Kurzinterviews mit Expertinnen und Experten zur praktischen Anwendung der Nähe- und Distanz und des Umgangs mit Depressiven durchgeführt. In einem letzten Schritt werden die Ergebnisse in einem Faktencheck der Theorie gegenübergestellt, um damit die Leitfrage zu beantworten.

Eine „allgemeingültige Lösung“ für die Distanzierung Sozialarbeitender gegenüber einer negativen Grundeinstellung von Menschen mit Depressionen gibt es nicht. Damit eine Distanzierung erfolgen kann, braucht es Kenntnisse über die Krankheit Depression sowie das Verständnis von Nähe und Distanz. Denn jede Depressionsart und Phase verläuft unterschiedlich und erfordert eine entsprechende Handhabung von Nähe und Distanz seitens der Fachkraft. Die ausgeführten Handlungsempfehlungen aus kognitiver, struktureller und institutioneller Sicht bieten konkrete Möglichkeiten des Handelns, damit eine Distanz zur pessimistischen Einstellung Depressiver erzielt werden kann und die Gesundheit von Sozialarbeitenden gewahrt wird.

Distanzierungsstrategien Sozialarbeitender im Beratungsprozess gegenüber negativen Grundeinstellungen depressiver Menschen

„Die Bachelor-These wurde für die Publikation formal überarbeitet, aber im Inhalt nicht geändert.“

Bachelor-These zum Erwerb
des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule
Fachbereich Soziale Arbeit

Vorgelegt von

Natascha Molinari
Marco Leuenberger

Bern, Dezember 2017

Gutachter: Olaf Maaß

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
1.1	Annäherung an die Fragestellung	7
1.2	Definierung der Fragestellung	8
1.3	Übersicht über die Bearbeitung der Leitfrage	9
2	Psychische Gesundheit	11
2.1	Eingrenzung der Thematik	11
2.2	Burnout vs. Depression	11
2.3	Definition	12
2.4	Stellenwert der psychischen Gesundheit in der Soziale Arbeit	14
2.5	Prävalenz der psychischen Gesundheit.....	15
2.6	Entstehung psychischer Belastungen in der Sozialen Arbeit	15
2.7	Zwischenzusammenfassung	17
3	Depression	19
3.1	Die depressive Störung	20
3.1.1	Begriffsdefinition.....	21
3.2	Charakteristik einer Depression.....	22
3.3	Erkennen einer depressiven Störung	24
3.4	Auswirkungen einer depressiven Störung	27
3.4.1	Negative Grundeinstellung	28
3.4.1.1	Begrifflichkeit des Negativen	29
3.4.1.2	Begrifflichkeit der Einstellung	30
3.5	Ursachen einer Depression	31
3.6	Depressionsarten	33
3.6.1	Differenzierung der Depressionsarten nach Wolfersdorf	35
3.6.1.1	Endogene Depression.....	35
3.6.1.2	Psychogene Depression	35
3.6.1.3	Somatogene Depression.....	36
3.6.1.4	Depression in besonderen Lebenssituationen	36

3.7	Die Betroffenen	37
3.7.1	Soziodemografische Verteilung depressiver Erkrankungen.....	37
3.8	Zwischenzusammenfassung	38
4	Exkurs	41
4.1	Depressiver Realismus	41
4.2	Zwischenzusammenfassung	43
5	Distanzierung.....	44
5.1	Professionelle Beziehungsgestaltung in der Sozialen Arbeit	44
5.2	Literatur und Forschung	46
5.2.1	Aktuelle Forschung	46
5.2.2	Fazit für Themenbearbeitung	47
5.3	Begrifflichkeiten Nähe und Distanz.....	47
5.3.1	Nähe im Beratungsprozess	48
5.3.2	Distanz im Beratungsprozess.....	49
5.4	Balance von Nähe und Distanz	51
5.4.1	Anwendung von Nähe und Distanz in der Sozialen Arbeit.....	53
5.4.1.1	Herstellung von Nähe.....	53
5.4.1.2	Herstellung von Distanz	56
5.4.1.3	Richtige Balance zwischen Nähe und Distanz.....	59
5.5	Zwischenzusammenfassung	59
6	Exkurs	61
6.1	Folgen der Auffälligkeiten für Menschen mit Depressionen	61
6.2	Zwischenzusammenfassung	63
7	Einfluss von Gefühlen und Stimmungen im Denkprozess	64
7.1	Emotionen und Gefühle im Umgang mit Depressiven	64
7.2	Copingstrategien zur Distanzierung im Denkprozess	65
7.2.1	Faustregeln - intuitives Denken	66
7.2.2	Einstellungsimpfung	67
7.2.3	Vorwarnung.....	67

7.3	Zwischenzusammenfassung	68
8	Stimmen aus der Praxis	70
8.1	Fragen und Durchführung	70
8.2	Portraits.....	72
8.3	Kernaussagen der Interviewten.....	73
8.4	Zwischenzusammenfassung	76
9	Beantwortung der Leitfrage	77
9.1	Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit	78
9.1.1	Kognitive Methoden zur Distanzierung	79
9.1.1.1	Einstellungsimpfung & Vorwarnung.....	79
9.1.1.2	Intuitives Denken.....	81
9.1.2	Distanzierung durch Austauschgefässe.....	83
9.1.3	Distanzierung durch Ausgleich und Rollentrennung	84
9.1.4	Distanz durch strukturelle und institutionellen Rahmenbedingungen.....	86
9.1.4.1	Die Rolle und Aufgabenbereich.....	86
9.1.4.2	Häufigkeit der Berührungspunkte und Erreichbarkeit	87
9.1.5	Distanz durch Geheimhaltung von persönlichen Informationen	88
9.1.6	Distanzierung durch die lösungsorientierte Arbeitsweise	89
9.2	Fazit	91
10	Nachwort	92
11	Weiterführende Gedanken	93
11.1	Marco Leuenberger.....	93
11.2	Natascha Molinari	94
12	Literatur- und Quellenverzeichnis	96
13	Anhang	103
13.1	Interview-Leitfaden / Sie-Form	103
13.2	Interview-Leitfaden / Du-Form	104
13.3	Einwilligungserklärungen (Interview)	105

1 Einleitung

1.1 Annäherung an die Fragestellung

Die Definition der Sozialen Arbeit der „International Federation of Social Workers“ soll als Einleitung für die vorliegende Bachelor-Thesis dienen: „Soziale Arbeit ist eine praxisbasierte Profession sowie eine wissenschaftliche Disziplin, welche sozialen Wandel und gesellschaftliche Entwicklung, sozialen Zusammenhalt und die Ermächtigung und Befreiung von Menschen fördert. Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, Menschenrechte, gemeinschaftliche Verantwortung und die Achtung von Vielfalt sind für die Soziale Arbeit zentral. Gestützt auf Theorien der Sozialen Arbeit, auf Sozialwissenschaften, Geisteswissenschaften sowie auf indigenes Wissen verbindet Soziale Arbeit Menschen und Strukturen, um Herausforderungen des menschlichen Lebens anzugehen und das Wohlbefinden zu heben...“ (zit. nach Avenir Social, 2015).

Anhand der Definition der IFSW wird unter anderem deutlich, dass Sozialarbeitende während ihrem Praxisalltag Herausforderungen des menschlichen Lebens angehen, um das Wohlbefinden der Klienten und Klientinnen zu heben. Nicht nur Adressatinnen und Adressaten der Sozialen Arbeit sind in ihrem Leben mit Herausforderungen konfrontiert, welche ihr Wohlbefinden beeinflussen bzw. auf die Probe stellen, sondern auch Sozialarbeitende bei der Ausführung ihrer Profession. Das Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) macht darauf aufmerksam, dass Menschen, die beruflich im Sozialwesen tätig sind, sich überproportional oft emotional verbraucht fühlen (2010, S. 27). Die Autorenschaft hat durch ihre Praktika (auf einem klinischen sowie polyvalenten Sozialdienst, sowie in ihren Zweitpraktika auf einem regionalen Arbeitsvermittlungszentrum und in der ambulanten Suchtberatung) festgestellt, dass Menschen mit depressiven Symptomen in jedem der genannten Arbeitskontexte anzutreffen waren. Zudem fiel der Autorenschaft in Bezug auf das eigene Wohlbefinden auf, dass aufgrund der depressiven Symptomatik der Klientinnen und Klienten, die Zusammenarbeit eine besondere Herausforderung darstellte.

Da die Depression zu den häufigsten psychischen Störungen zählt, muss in allen sozialarbeiterischen Settings mit mehr oder weniger intensiven Berührungspunkten gerechnet werden (Härter & Schneider, 2017, S. 339). Faktoren, wie beispielsweise Arbeitslosigkeit, ein sozial schwaches Beziehungsnetz oder eine niedrige Bildungsstufe erhöhen die Prävalenz einer depressiven Störung (S. 339). Diese Einflussfaktoren treffen wiederum auf einen Grossteil der Klientel der Sozialen Arbeit zu, was die Wahrscheinlichkeit als Sozialarbeitende mit depressiven Klienten und Klientinnen in Kontakt zu kommen, erhöht.

Man könnte nun die Auffassung vertreten, dass nur die Betroffenen selbst unter ihrer Krankheit leiden und nicht die Sozialarbeitenden. Doch eine Depression führt nicht nur bei Betroffenen, sondern auch in deren Umfeld aufgrund der depressiven Symptomatik und der einwirkenden negativen Grundeinstellung zu einem grossen Leidensdruck (Wolfersdorf, 2011, S. 21; Baer, Schuler, Füglistler-Dousse & Moreau-Gruet, 2013, S. 3).

Um der Klientel aus Sicht der Professionellen bedarfsgerechte Unterstützung bieten zu können, benötigen Sozialarbeitende eine gute physische und psychische Gesundheit (Egli, 2012, S. 7-8). Dazu bedarf es nach Auffassung der Autorenschaft einer entsprechenden Distanzierung zur negativen Grundeinstellung Depressiver im Beratungsprozess. Das richtige Abwägen von Nähe und Distanz im Berufsalltag gilt insbesondere in pädagogischen und sozialen Arbeitsfeldern, unabhängig von der Charakteristik der Klientel als wichtig, schützend und stellt einen Bestandteil des professionellen Handelns dar (Dörr & Müller, 2012, S. 9).

1.2 Definierung der Fragestellung

Aufgrund der beobachteten Herausforderung in der Zusammenarbeit mit Menschen mit Depressionen und der Wichtigkeit der Nähe-Distanz-Balance in der Beratungsbeziehung, stellt sich die Autorenschaft folgende Frage: **„Wie können sich Sozialarbeitende zwecks Wahrung der psychischen Gesundheit von der negativen Grundeinstellung depressiver Menschen distanzieren?“**

Die Autorenschaft erachtet die Fragestellung aufgrund ihrer Erfahrungswerte und Berührungspunkte in ganz unterschiedlichen Arbeitskontexten anlässlich der Ausbildungspraktika als relevant und aktuell. Die Leitfrage indiziert die Hypothese der Autorenschaft, dass es für Sozialarbeitende als schützend angesehen wird, eine entsprechende „gesunde“ Distanzierung hinsichtlich Wahrung der psychischen Gesundheit einzunehmen. Weiter wird mit der Fragestellung die These aufgestellt, dass die Herstellung von Distanz aufgrund der Symptomatik einer Depression - und der damit verbundenen negativen Grundeinstellung - für Sozialarbeitende besonders herausfordernd ist. Die Autorenschaft vermutet, dass dies damit zu tun hat, dass depressive Klienten und Klientinnen Emotionen und Gefühle bei Sozialarbeitenden auslösen, die das professionelle Handeln beeinflussen können.

Wenn von der negativen Grundeinstellung gesprochen wird, ist damit die depressiv veranlagte Sichtweise bzw. pessimistische Einstellung und Denkweise der betroffenen Person hinsichtlich der eigenen Gedanken, Fähigkeiten, Ressourcen und den individuellen personalen Dispositionen (Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen, Perspektiven) gemeint.

Die Fragestellung dient im weitesten Sinne als Burnout-Prävention für Sozialarbeitende. Ziel ist es, mithilfe von Fachliteratur und Stimmen von Expertinnen und Experten gezielte Handlungsempfehlungen für Sozialarbeitende in der Zusammenarbeit mit depressiv Erkrankten zu eruieren. Grundsätzlich geht es der Autorenschaft darum, mittels der Einnahme einer gesunden Distanz hinsichtlich der negativen Grundeinstellung psychisch kranker Klientel im Kontext der Sozialen Arbeit, die eigene psychische und auch die damit zusammenhängende physische Gesundheit langfristig zu wahren. Die Autorenschaft stellt die These auf, dass Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter nur bei guter psychischer und physischer Gesundheit im Stande sind, den komplexen, anspruchsvollen und vielseitigen Anforderungen im Tätigkeitsfeld der Sozialen Arbeit gerecht zu werden. Auch Egli (2012) macht in diesem Kontext darauf aufmerksam, dass der Stress am Arbeitsplatz in den letzten Jahren generell zugenommen hat, was als zusätzliche Belastung für Arbeitnehmende zu betrachten ist (S. 7). Sozialarbeitende dürfen diese Stresszunahme nicht ausser Acht lassen, weil sie ein zusätzlicher Faktor ist, der auf die Gesundheit negativen Einfluss nehmen kann.

1.3 Übersicht über die Bearbeitung der Leitfrage

Um die oben erwähnte Leitfrage beantworten zu können, wird im zweiten Kapitel der vorliegenden Arbeit auf die psychische Gesundheit und deren Bedeutung in der Sozialen Arbeit eingegangen. Diese Vertiefung dient einerseits als Untermauerung der dargestellten Relevanz in der Fragestellung und andererseits als Begriffsbestimmung.

Im nächsten Kapitel wird auf die affektive Störung Depression eingegangen, um der Leserschaft einen Einblick in das Krankheitsbild und deren Auswirkung zu verschaffen. Das Kapitel „Depression“ beschäftigt sich unter anderem mit der Definition, den Charakteristiken, den Auswirkungen, den Ursachen, den Betroffenen und den verschiedenen Arten einer Depression. Zudem wird aufgezeigt, wie eine Depression im Arbeitsalltag erkannt werden kann und weshalb sich die Autorenschaft in der Leitfrage für den Begriff „negative Grundeinstellung“ entschieden hat. Die negative Grundeinstellung wird ebenfalls beschrieben und im Krankheitsbild der Depression verortet. Um verschiedene Perspektiven in Bezug auf die negative Grundeinstellung zu erhalten, findet im Anschluss an das dritte Kapitel ein kurzer Exkurs zum depressiven Realismus statt.

Im fünften Kapitel wird das Begriffspaar Nähe und Distanz als Herausforderung in der professionellen Beziehungsgestaltung dargestellt, weil ein Hauptbestandteil der Leitfrage die Distanzierung beinhaltet. Mithilfe von Fachliteratur und Forschungsergebnissen wird auf die Bedeutung und die Anwendung dieser beiden Begrifflichkeiten im Kontext der Sozialen Arbeit eingegangen.

Im sechsten Kapitel erfolgt ein kurzer Exkurs, in welchem sich die Autorenschaft dem professionellen Umgang mit depressiven Klientinnen und Klienten widmet. Dazu wird zuerst auf die allgemeinen Auffälligkeiten der Klientel der Sozialen Arbeit eingegangen. In einem weiteren Schritt werden diese Auffälligkeiten in Bezug auf Menschen mit Depressionen betrachtet. Diese Zusammenführung dient dazu, aufzuzeigen, welche Auswirkungen die allgemeinen Auffälligkeiten für depressive Menschen haben können und wie sich das auf die professionelle Beratung und Beziehung im Rahmen der Sozialen Arbeit auswirkt.

Im siebten Kapitel wird auf den Einfluss von Gefühlen und Stimmungen im Denkprozess beim Umgang mit depressiven Klientinnen und Klienten eingegangen. Damit wird versucht, die These der Autorenschaft zu stützen, dass gewisse Handlungen oder Haltungen der Klientel, wie beispielsweise die negative Grundeinstellung, Emotionen und Gefühle bei Sozialarbeitenden auslösen, die sich wiederum auf das Handeln und Denken der Professionellen auswirken können.

Im achten Kapitel werden die vier befragten Expertinnen und Experten und deren Kernaussagen vorgestellt. Die Stimmen aus der Praxis dienen als Ergänzung zur mangelnden Fachliteratur betreffend der Festlegung zur richtigen Nähe und Distanz im Beratungsprozess und sollen des Weiteren relevante Aussagen aus dem Theorieteil ergänzen und stützen.

Das neunte Kapitel dient anschliessend zur Beantwortung der Leitfrage. In diesem Kapitel wird die Theorie der ausgeführten Themen (psychische Gesundheit, Depression, Nähe-Distanz, etc.) mit den Stimmen aus der Praxis durch einen Faktencheck verknüpft und praxisnah bearbeitet und diskutiert.

Im zehnten Kapitel befindet sich das Nachwort. Den Abschluss dieser Bachelor-Thesis bildet das elfte Kapitel mit den weiterführenden Gedanken von Frau Molinari und Herrn Leuenberger in Form einer kurzen Reflexion.

2 Psychische Gesundheit

Um die Leitfrage beantworten zu können, wie es Sozialarbeitende zwecks Wahrung der eigenen psychischen Gesundheit gelingt, sich von der negativen Grundeinstellung depressiv Erkrankter zu distanzieren, erachtet die Autorenschaft es als hilfreich, zuerst aufzuführen, was unter psychischer Gesundheit verstanden wird und welche Bedeutung sie im Kontext der Sozialen Arbeit einnimmt.

2.1 Eingrenzung der Thematik

Die formulierte Fragestellung beinhaltet die These, dass für die Wahrung der psychischen Gesundheit im Berufsleben von Sozialarbeitenden eine angemessene Distanzierung gegenüber der negativen Grundeinstellung depressiv Erkrankter notwendig ist. Um die Leitfrage beantworten zu können, ist es der Autorenschaft wichtig, dass ausdifferenziert wird, was die psychische Gesundheit genau darstellt und welchen Stellenwert - fokussiert auf die Soziale Arbeit - sie im Arbeitsalltag von Sozialarbeitenden einnimmt. Wie steht es um aktuelle Daten zur Prävalenz der psychischen Gesundheit? Wie steht es um Entstehungsbedingungen psychischer Belastungen im Arbeitsalltag? Um diese Fragen beantworten zu können, stützt sich die Autorenschaft auf die kürzlich veröffentlichte und aktuelle Fachzeitschrift Sozial Extra (2017), worin Allroggen, Fegert und Rau eine Übersichtsarbeit zu Prävalenz, Entstehungsbedingungen, Folgen und Unterstützungsmöglichkeiten psychischer Belastungen im Kontext (sozial-) pädagogischer Arbeitsfelder vorgenommen haben. Weiter werden einzelne Teile des „fact sheet“ der Weltgesundheitsorganisation (nachfolgend WHO) (2016) zwecks Definition der psychischen Gesundheit sowie ausgewählte Fachliteratur miteinbezogen.

2.2 Burnout vs. Depression

Howard Davies, der Generaldirektor des britischen Industrieverbandes, hat im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit und dem Arbeitsleben folgende Aussage gemacht: „Die psychische Gesundheit der Mitarbeiter eines Unternehmens kann sich auf die Unternehmensleistung ebenso stark auswirken wie das Betriebsklima oder unzulängliche Fortbildung“ (zit. nach WHO, 2006, S. 57).

Diese prägnante Äusserung von Davies unterstreicht die Wichtigkeit, die mit der psychischen Gesundheit einhergeht, speziell auch im Arbeitskontext. Die Autorenschaft liest in dieser Aussage die Bedeutung der psychischen Gesundheit für die betreffende Person selbst, für Arbeitskollegen und Kolleginnen, Anspruchsgruppen sowie für die Organisation als Ganzes heraus.

Wie bereits in der Einleitung dieser Arbeit erwähnt, stellen Berufsgruppen der sozialen- und sozialpädagogischen Sparte eine der „häufigsten gesundheitlich gefährdeten und psychisch belasteten“ dar (Allroggen, Fegert & Rau, 2017, S. 49). So werden Sozialarbeitende als Hochrisikogruppe für Burnouterkrankungen bezeichnet (S. 49). Aufgrund der Fokussierung der psychischen Erkrankung Depression, soll hier ausschliesslich eine Definition sowie eine kurze Abgrenzung zwischen Burnout und Depressionserkrankung erfolgen, da sich das Kapitel in erster Linie der psychischen Gesundheit widmet. Der Begriff Burnout (engl. für durchbrennen) meint einen physikalischen Prozess, der sich gegenüber dem Langwierigen eines psychischen Ausbrennens (Bestandteil depressiver Symptomatik) unterscheidet und sich in einem abrupten Eintreten äussert (Singer, 2012, S. 5). Der Begriff Burnout wird grossmehrheitlich im Umgang mit dem Berufsleben eingesetzt und beschreibt einen abrupten Zustand der Erschöpfung, in welchem es der betreffenden Person nicht mehr möglich ist, die aktive Gestaltung des eigenen Lebens zu führen (S. 5). Der Depressionserkrankung bzw. deren Entstehung geht ein eher schleicher Prozess voraus, der mit dem Eintreten verschiedener depressiver Symptome zusammenhängt (S. 5).

Um den umfangreichen Begriff der psychischen Gesundheit besser verstehen zu können, wird im folgenden Unterkapitel mittels Definition der WHO (2016) sowie des Bundesamts für Gesundheit (nachfolgend BAG) (2016) darauf eingegangen.

2.3 Definition

Zu Beginn dieses Unterkapitels sei der Aphorismus von Arthur Schopenhauer einzubringen: „Die Gesundheit ist zwar nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts [Hervorhebung v. Verf.]“ (zit. nach Neuner, 2016, S. 2). Hiermit wird deutlich, wie fundamental wichtig die Gesundheit generell für die Existenz der Menschen ist. Unabhängig vom Kontext, aber aufgrund verschiedener Belege (vgl. Allroggen, Fegert & Rau, 2017, S. 49-53; Egli, 2012, S. 7-9; WHO, 2006 & 2016) wird klar, warum speziell im Arbeitskontext von Sozialarbeitenden bzw. in Helferberufen der Gesundheit besondere Beachtung geschenkt werden sollte. Gemäss Allroggen et al. geht mit der Berufsgruppe von Sozialarbeitenden ein vergleichsweise hohes Level an emotionalem Stress einher, welcher zu psychischen Belastungen führen kann (2017, S. 49).

Bevor die Autorenschaft auf den Begriff der psychischen Gesundheit eingeht, wird in einem ersten Schritt die Begrifflichkeit der Gesundheit mithilfe der Definition der WHO (2016) erläutert. Die WHO definiert Gesundheit als ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen (2016).

Nach Neuner (2016) stellt die Komponente der psychischen Gesundheit nebst den sozialen und körperlichen Aspekten einer der drei Hauptdimensionen der Gesundheit dar (S. 2). Auch das Bundesamt für Gesundheit (nachfolgend BAG) sieht die psychische Gesundheit als wichtigen Aspekt der allgemeinen Gesundheit respektive des Wohlbefindens an (2016). Der Begriff der psychischen Gesundheit wird anders als die Begrifflichkeit der Gesundheit nicht als fester Zustand, sondern als dynamischer Prozess angesehen (BAG, 2016; WHO, 2016). Dazu später in diesem Kapitel mehr.

Die WHO (2016) hat ein „fact sheet“ mit vier „key facts“ zur psychischen Gesundheit erstellt, welche für die Definition des Begriffes der psychischen Gesundheit für die Autorenschaft als wichtig erachtet wird:

- Mental health is more than the absence of mental disorders;
- Mental health is an integral part of health; indeed, there is no health without mental health;
- Mental health is determined by a range of socioeconomic, biological and environmental factors;
- Cost-effective public health and intersectoral strategies and interventions exist to promote, protect and restore mental health.

Daraus lässt sich schliessen, dass die mentale/psychische Gesundheit: „an integral and essential component of health“ ist (WHO, 2016). Also dass die psychische Gesundheit als essentieller Bestandteil der Gesundheit als Ganzes verstanden wird (übers. v. Verf., WHO, 2016). Die vier „fact sheets“ der WHO (2016) beschreiben, dass die psychische Gesundheit mehr als das Fehlen von psychischen Störungen beinhaltet, die psychische Gesundheit ein integraler Bestandteil der Gesundheit als Ganzes darstellt und es in der Tat *keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit* [Hervorhebung v. Verf.] gibt. Weiter wird auch gesagt, dass die psychische Gesundheit durch sozioökonomische, biologische und ökologische Faktoren bestimmt und beeinflusst wird. (übers. v. Verf., WHO, 2016)

Die psychische Gesundheit gilt als Zustand des Wohlbefindens, indem die eigenen Fähigkeiten unter Stressbelastung des Lebens verwirklicht werden können, man produktiv arbeiten kann und in der Lage ist, neben diesen Herausforderungen einen Beitrag für die Gesellschaft zu leisten (übers. v. Verf., WHO, 2016). Das BAG sieht die psychische Gesundheit hingegen nicht als „festen“ Zustand, sondern als vielschichtigen dynamischen Prozess, der durch verschiedene Faktoren beeinflusst wird und eine ständige aktive Anpassung des Individuums an objektive und subjektive Veränderungen erfordert (BAG, 2016). Es gibt mehrere Determinanten, welche auf die psychische Gesundheit als Einflussfaktoren einwirken. Die WHO (2016) nennt soziale, psychologische und biologische Faktoren, die das psychische Wohlbefinden beeinflussen.

An dieser Stelle ist auf die Überschneidung zu der Ätiologie der Depressionserkrankungen (vgl. Härter & Schneider, 2017, S. 339; Kapitel 3.5) hinzuweisen. Zudem muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass die psychische Gesundheit als massgebender Faktor für die Vorbeugung allfälliger depressiver oder anderweitiger psychischer Erkrankungen, respektive affektive Störung zu betrachten ist (S. 342).

Im nächsten Unterkapitel soll in Kurzform der Stellenwert der psychischen Gesundheit für die Soziale Arbeit diskutiert werden. Die Autorenschaft stellt fest, dass in der Sozialen Arbeit die Arbeitsbelastung und der emotionale Stress, aufgrund der nahen Zusammenarbeit mit Klientinnen und Klienten unterschiedlichster psychischer Verfassungen, Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben können.

2.4 Stellenwert der psychischen Gesundheit in der Soziale Arbeit

Einschlägige Fachliteratur (Allroggen et. al, 2017, S. 49-53; Egli, 2012, S. 7-9; Baer, Schuler, Füglistler-Dousse & Moreau-Gruet, 2013, S. 9-15) stellt fest, dass im Berufsalltag von sozialen Fachkräften das Arbeitsaufkommen, die Komplexität von Problemsituationen mit der Klientel und somit auch der emotionale Stress, zugenommen haben und im Vergleich zu anderen Berufsgruppen erhöht ist. Diese Faktoren können dazu führen, dass sich Sozialarbeitende rasch überbelastet und emotional verbraucht fühlen (Egli, 2012, S. 7). Es gilt daher als nachweisbar, dass Erwerbstätige in Helferberufen wie z.B. als Sozialarbeitende, einer psychischen Belastung im Arbeitsalltag ausgesetzt sind und die psychische Gesundheit einer starken Belastung unterworfen ist (S. 7-8). Stéphane Beuchat, der Geschäftsleiter des Berufsverbandes Avenir Social, sieht die Ursache für den zunehmenden Druck in der Tätigkeit als Sozialarbeiterin bzw. Sozialarbeiter in steigenden Fallzahlen (zit. nach Egli, 2012, S. 8). Allroggen et al. sehen besonders Fachkräfte mit wenig Berufserfahrung als gefährdet (2017, S. 50). Studien zeigten diesbezüglich, dass jüngere Fachkräfte häufig unter Symptomen der Erschöpfung, Unausgeglichenheit und mangelnder körperlicher Entspannung leiden (S. 50).

Diese Ausführungen zeigen, wie wichtig eine kognitive und emotionale Distanzierung nicht nur von bestehenden psychischen, respektive depressiven Erkrankungen bei Klientinnen und Klienten in der Tätigkeit als Sozialarbeitende ist, sondern auch im Gegenstand der Arbeit grundsätzlich. Diese Folgerung stützt unsere in der Leitfrage implizierte These, dass eine Distanzierung bei depressiver Klientel als schützend für die psychische Integrität und die Gesundheit als Ganzes erachtet wird. Daher gilt es auch generell, eine entsprechende Distanz zum Beruf und den dazugehörigen Pflichten zu wahren. Gleichzeitig sollen Fachkräfte der Sozialen Arbeit der Klientel mit einer wertschätzenden und offenen Haltung begegnen können (Schäfter, 2010, S. 61). Der Spagat zwischen der Wahrung einer Distanz im Arbeitsalltag und einer gleichzeitig offenen, empathischen und wertschätzenden Haltung gegenüber der

Klientel, ohne sich zu sehr emotional einzubringen und zu verbrauchen, stellt gemäss der Autorenschaft eine grosse Herausforderung für Fachkräfte der Sozialen Arbeit dar. Auf die Definition des Wortpaares Nähe und Distanz, sowie deren Umsetzung in der Praxis, wird im Kapitel „Distanzierung“ noch eingegangen.

Bevor dieses Kapitel mit einer Kurzzusammenfassung abgeschlossen wird, erfolgen nachfolgend einige Zahlen zur Prävalenz der psychischen Gesundheit zudem werden Entstehungsbedingungen ausgeführt, welche die Wahrung der psychischen Gesundheit im Arbeitskontext der Sozialen Arbeit erschweren.

2.5 Prävalenz der psychischen Gesundheit

Das Bundesamt für Gesundheit stellt fest, dass die Mehrheit der Bevölkerung (ab 15 Jahren) in der Schweiz eine gute physische und psychische Gesundheit innehat (2016). Rund drei Viertel (77 Prozent) der Bevölkerung haben sich anlässlich der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2012 zu einem vitalen und energiegeladenen Zustand geäußert (2016). Die Äusserungen der Probanden und Probandinnen über ihren Glückszustand (82 Prozent), ihre Gesundheit generell (83 Prozent) und über ihre Lebensqualität (92 Prozent) fielen grösstenteils sehr positiv aus (2016). Andere Studien, welche alle Altersgruppen berücksichtigen, zeigten aber, dass sich in der Lebenszeitprävalenz rund ein Drittel der Bevölkerung mit psychischen Krankheiten konfrontiert sehen (BAG, 2016). Es ist somit abzuleiten, dass mit zunehmendem Alter und den einhergehenden beruflichen und privaten Verpflichtungen (komplexe Mehrbelastung) das Risiko einer psychischen Erkrankung steigt, respektive psychische Belastungen und Erkrankungen zunehmen.

2.6 Entstehung psychischer Belastungen in der Sozialen Arbeit

Allroggen et al. (2017) beschreiben für die Entstehung psychischer Belastungen ein Zusammenspiel von arbeitsfeldbezogenen als auch von individuellen Faktoren (S. 50). Auf die zentralsten Faktoren wird nachfolgend eingegangen, da damit auch erkennbar wird, dass die arbeitsbezogenen Faktoren oft auf Sozialarbeitende zutreffen und ferner die Aktualität der Leitfrage stützen.

Eine hohe Sensitivität für die Klientel wird als Vulnerabilität für das Belastungserleben bei Fachkräften in sozialen Berufen beschrieben (S. 50). Die gleichzeitig hohe Erwartungshaltung der Fachkräfte an sich selbst im Umgang mit herausfordernden Klientinnen und Klienten, welche sich wiederum in schwierigen Situationen befinden, kann zu Überforderung und als Entstehungsgrund psychischer Belastungen bei Sozialarbeitenden einwirken (S. 50). Lloyd, King und Chenoweth (2002) erwähnen in ihren Ausführungen die Überlegung, dass Menschen, die den Beruf der Sozialen Arbeit wählen, unabhängig von den Anforderungen im

Berufsleben, zu Depressionen tendieren und sich durch die Arbeit im sozialen Bereich die Lösung von eigenen Problemen erhoffen (S. 256). Als Risikofaktor für ein erhöhtes Beanspruchungserleben und für ein Burnout-Risiko nennen Allroggen et al. weiter einen hohen Neurotizismus-Wert von Fachpersonen der Sozialen Arbeit (2017, S. 50). Unter Neurotizismus ist die emotionale Labilität als Persönlichkeitsdimension eines Menschen zu verstehen („Neurotizismus“, 2017). Ein hoher Neurotizismus-Wert bedeutet, dass Menschen als ängstlich, launisch, empfindlich und unter anderem als leicht reizbar, labil und depressiv gelten (2017).

Nebst den ausgeführten individuellen Faktoren wird den Arbeitsbedingungen grossen Einfluss beigemessen. Z.B. haben Sozialarbeitende keinen Einfluss darüber, wen sie betreuen, in welcher Form dies geschieht sowie über einen wie langen Zeitraum die Anspruchsgruppen begleitet werden (S. 50). Zielvorgaben, Handlungsleitfäden oder auch Kriterien für die Aufnahme von Klientinnen und Klienten der Sozialen Arbeit sind in der Regel durch die Organisation - welche die erste übergeordnete Instanz für Sozialarbeitende darstellt -, festgelegt und es besteht demnach für Fachkräfte ein eingeschränkter Handlungsspielraum in der individuellen Arbeitsgestaltung. Baer et al. weisen weiter darauf hin, dass Sozialarbeitende für ihre Tätigkeit zu wenig Wertschätzung erfahren (S. 51).

Ein weiterer arbeitsbedingter Faktor, der die psychische Gesundheit von Sozialarbeitenden belasten könnte, nennen Allroggen et al. in der unterschiedlichen Rollenerwartung und der einhergehenden Überforderung aufgrund der mangelnden Führungsqualität durch direkt Vorgesetzte. Weiter werden traumatische Erfahrungswerte im Zusammenwirken mit der Arbeit, z.B. im Sinne von selbst erlebter Gewalt durch die Klientel als mögliche Belastungsursache genannt (S. 50). Auch der Umstand, dass die Sorge um den eigenen Arbeitsplatz zur Belastung der Gesundheit führt, gilt gemäss Allroggen et al. als bestätigt (S. 50). Diese Ausföhrung ist aufgrund der Befragungen im deutschen Raum mit Vorbehalt zu betrachten. In diesem Zusammenhang sei hier aber auf das kürzlich verabschiedete Sparpaket des Kantons Bern und der daraus resultierenden Massnahme der Streichung der Finanzierung der Ausbildungspraktika in der offenen Kinder- und Jugendarbeit (OKJA) per 2019 hinzuweisen (Studierendenorganisation, 2017). Auch wenn es sich hierbei „nur“ um den Wegfall der Finanzierung im Bereich der Ausbildungspraktika in der OKJA handelt, regt die Sparpolitik des Kantons sehr zum Nachdenken an, wenn es um die Thematik der Sicherung unserer Arbeitsplätze in der Sozialen Arbeit geht. Es wird für die Autorenschaft offensichtlich, dass wir bei unseren zukünftigen Arbeitsplätzen auch in einem gewissen Grad von der Politik abhängig sind.

Wie diese Ausführungen zeigen, müssen sich Sozialarbeitende vor allem durch die arbeitsbezogenen Einwirkungen erheblichen Belastungsfaktoren gegenüberstellen, welche für die Wahrung der psychischen Gesundheit eine grosse Herausforderung darstellen. Es können aber, wie beschrieben, auch individuelle Faktoren mitspielen, die eine Verletzlichkeit gegenüber psychischen Erkrankungen begünstigen können.

2.7 Zwischenzusammenfassung

Dieses Kapitel dient zur Ausdifferenzierung des Begriffs der psychischen Gesundheit sowie der Darlegung des Stellenwertes für die Soziale Arbeit als Vorbereitung für die umfassenderen Kapitel der Depression und der Distanzierung. Weiter wurden nebst den Begrifflichkeiten der Gesundheit sowie der psychischen Gesundheit in Kurzform die Prävalenz der psychischen Gesundheit sowie mögliche Entstehungsbedingungen für psychische Belastungen - fokussiert auf die Soziale Arbeit - behandelt.

Die Autorenschaft erachtet die Gesundheit als Ganzes (physische und psychische Komponente) als wichtigen Bestandteil und hat die psychische Gesundheit deshalb auch in der Leitfrage integriert. Gestützt auf verschiedene einschlägige Fachliteratur kann davon ausgegangen werden, dass Sozialarbeitende und generell Menschen in Helferberufen als Hochrisikogruppe für psychische Belastungen und Burnout-Erkrankungen gelten (Allroggen et al., 2017, S. 49). Daraus folgernd ist der psychischen Gesundheit im Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Der Begriff Gesundheit definiert die WHO als ein Zustandsbild des vollkommenen, körperlichen, geistigen sowie sozialen Wohlbefindens (2016). Hingegen die psychische Gesundheit gemäss dem Bundesamt für Gesundheit als vielschichtigen, dynamischen Prozess angesehen wird, der mehr als das Fehlen psychischer Störungen beinhaltet und durch verschiedene arbeitsfeldbezogene und individuelle Faktoren beeinflusst wird (2016).

Die Prävalenz der psychischen Gesundheit zeigt, dass die Schweizer Bevölkerung generell eine gute physische und psychische Gesundheit aufweist, sie aber aufgrund komplexer beruflicher und privater Verpflichtungen mit zunehmendem Alter einer Mehrbelastung unterstellt ist (BAG, 2016).

Zwecks Erörterung der Entstehungsbedingungen psychischer Belastungen in der Sozialen Arbeit nennen Allroggen et al. (2017) verschiedene arbeitsbezogene sowie individuelle Einflussfaktoren (S. 50-51). So wird eine hohe Sensitivität der Sozialarbeitenden für die Klientel als vulnerabel angesehen (S. 50). Die bei Sozialarbeitenden oftmals vorliegende hohe Erwartungshaltung an sich und im Umgang mit herausfordernder Klientel ist als weiterer individueller Risikofaktor zu nennen, wenn es um die Wahrung der psychischen Gesundheit im Arbeitsalltag geht. Zu den wichtigsten arbeitsfeldbezogenen Faktoren zählt der schmale

Handlungsspielraum in der Tätigkeit als Sozialarbeitender (S. 51). Weiter können fixe Zielvorgaben, Handlungsleitfäden oder Kriterien in der Tätigkeit als Entstehungsgrundlage psychischer Belastungen im Arbeitskontext von Sozialarbeitenden genannt werden (S. 50). Auch der Umstand, dass die Sorge um den eigenen Arbeitsplatz zu Belastungen der Gesundheit führt, gilt gemäss Allroggen et al. als bestätigt (S. 50). Unterschiedliche Rollenerwartungen und eine geringe Wertschätzung von Vorgesetzten werden als Entstehungsfaktor psychischer Belastungen genannt (S. 50).

Im vergangenen Kapitel wurde versucht, aufzuzeigen, was unter der psychischen Gesundheit verstanden wird und weshalb diese im Kontext der Sozialen Arbeit und in Bezug auf unsere Leitfrage wichtig erscheint. Als nächsten Schritt folgt für die Erarbeitung der theoretischen Begrifflichkeiten nun die Ausarbeitung der Depressionserkrankung mithilfe vordefinierter Unterfragen. Im folgenden Kapitel wird ebenfalls die mit der Depression zusammenhängende negative Grundeinstellung thematisiert. Denn diese stellt den als notwendig erachteten Distanzierungsgegenstand der Autorenschaft in der Leitfrage dar.

3 Depression

In diesem Kapitel werden Definition, Depressionsarten, Symptome, Schweregrad und mögliche Ursachen einer Depression behandelt. Da in der Leitfrage der Autorenschaft depressive Erkrankungen, respektive die damit zusammenhängende negative Grundeinstellung als wichtige Einflusskomponente zwecks Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit der Klientel wie auch der Sozialarbeitenden dargelegt wird, werden relevante Unterfragen rund um den Themenbereich Depression bearbeitet.

Es ist zunächst wichtig, darzulegen, wie sich eine Depression charakterisiert, damit verständlich wird, um was für eine psychische Beeinträchtigung es sich bei diesem Krankheitsbild handelt. Anschliessend folgt ein Überblick über die Symptome und Erkennungsmerkmale von depressiv Erkrankten. Dieses Kapitel stellt für die Leitfrage einen wichtigen Teil dar, da es relevant erscheint, darzulegen, wie Sozialarbeitende im Alltag depressives Klientel erkennen und sich zum Schutz der eigenen psychischen Gesundheit distanzieren können. Denn ohne das Wissen, wie sich eine Depression äussert, kann keine Distanzierung von der negativen Grundeinstellung vorgenommen werden, die eng mit der Symptomatik einer Depression einhergeht. Depressiv erkrankte Personen zeigen bestimmte Symptome, die mit der Depressionserkrankung korrelieren. Im Zusammenwirken mit diesen Symptomen äussern sie negative Gedanken (Mahnkopf, 2015, S. 98). Daher geht die Autorenschaft in der Leitfrage von einer negativen Grundeinstellung depressiv Erkrankter aus. Verständlichkeitshalber sei hier nochmals darauf hingewiesen, dass die Autorenschaft bei der Leitfrage nicht von einem spezifischen Kontext, respektive Tätigkeitsfeld zwischen depressiver Klientel und Sozialarbeiterin bzw. Sozialarbeiter ausgeht. Es ist aufgrund der praktischen Erfahrungswerte von Frau Molinari und Herrn Leuenberger in unterschiedlichen Feldern der Sozialen Arbeit realistisch und aufgrund der nachfolgenden Ausführungen naheliegend, dass depressive Episoden bei Klientinnen und Klienten der Sozialen Arbeit auftreten können und Sozialarbeitende durch dessen pessimistisch geprägte Einstellung beeinflussen. Diese These wiederum besagt, dass die negative Einstellung der Klientel Sozialarbeitende in der Arbeit beeinflussen. Auf diesen Aspekt wird im Verlaufe dieser Arbeit später eingegangen.

Je nach Kontext sind Berührungspunkte mit depressiver Klientel unterschiedlich häufig und intensiv gegeben. Herr Leuenberger hat z.B. die Erfahrung gemacht, dass im klinischen Sozialdienst in der Luzerner Psychiatrie in St. Urban Berührungspunkte mit depressiven Klientinnen und Klienten häufig stattfanden. Dies ist auf die Institution, den Auftrag und die Anspruchsgruppen der Organisation zurückzuführen. Auch in seinem Zweitpraktikum in der ambulanten Suchtberatung der Berner Gesundheit gab es regelmässige Berührungspunkten mit depressiver Klientel. Frau Molinari hatte während ihrer Praktika auf dem polyvalenten

Sozialdienst Saanenland und dem RAV Burgdorf ebenfalls Berührungspunkte mit Menschen mit Depressionen, diese waren aber weniger intensiv, weil Beratungsgespräche in der Regel nur ein bis zwei Mal im Monat stattgefunden haben. Grundsätzlich ist das Fachgebiet der Sozialen Arbeit stetig mit Menschen in Kontakt, die sich in erschwerten Lebenslagen befinden und sich unter anderem mit komplexen sozialen, politisch, rechtlichen und ökonomischen Bedingungen konfrontiert sehen. Diese Faktoren begünstigen nach Auffassung der Autorenschaft nicht nur eine depressive Erkrankung, sondern erhöhen auch die Wahrscheinlichkeit, dass Sozialarbeitende mit depressiver Klientel in der täglichen Arbeit konfrontiert werden.

3.1 Die depressive Störung

Bevor darüber gesprochen werden kann, was eine Depression genau darstellt, ist darauf hinzuweisen, dass die psychische Erkrankung in den affektiven Störungen zu verorten ist (Gerrig & Zimbardo, 2008, S. 548). Gerrig und Zimbardo definieren eine affektive Störung, als eine Störung des emotionalen Gleichgewichts (S. 548). Härter und Schneider (2017) definieren das Hauptmerkmal affektiver Störungen in der Veränderung der Stimmung sowie des Aktivitätsniveaus (S. 341). Bei fast jeder Person werden im Laufe des Lebens einmal Symptome einer depressiven Erkrankung festgestellt (Gerrig & Zimbardo, 2008, S. 548). Eine psychische Störung beinhaltet Beeinträchtigungen in Verhalten, Denkprozessen und Emotionen, die sich in einem persönlichen Leidensdruck zeigen und die Fähigkeit einer Person reduzieren oder verunmöglichen, wichtige Ziele zu erreichen (S. 548). In der Sozialen Arbeit dienen Zielvereinbarungen als Mittel zur Überprüfbarkeit der Klientel und gehören als normalen Arbeitsprozess - v.a. in rechtlich-institutionellen Organisationen - in den Arbeitsalltag (Avenir Social, n.d.a). Auf den erschwerten Umstand einer depressiven Störung ist demnach hier hinzuweisen. Insbesondere die Verständlichkeit und Wahrnehmung der Symptome einer depressiven Erkrankung bei Menschen (vgl. Kapitel 3.3) stellen für die Beantwortung der Leitfrage eine wichtige Rolle dar. Denn es ist - ausgehend von der Leitfrage der Autorenschaft - für Sozialarbeitende wichtig, dass sie erkennen, wie sich eine depressive Verstimmung zeigen kann und wie sie als professionelle Fachkräfte der Sozialen Arbeit lernen, einen fachgerechten Umgang mit dieser Erkrankung im Beratungsprozess mit Direktbetroffenen zu pflegen, um die Betroffenen aber auch sich selbst zu schützen (Dörr & Müller, 2012, S. 14; Löschner, 2016, S. 14). Diese Hypothese der Autorenschaft stützt Northoff (2013), der es als hilfreich beschreibt, zu wissen, ob es sich um ein bestimmtes der wissenschaftlichen Psychologie zugeordnetes Auffälligkeitsbild handelt, damit die Ursache erforscht und eine passende Intervention für die Klientel ausgearbeitet werden kann (S. 173).

Die Depression fällt unter dieses erwähnte Auffälligkeitsbild und wird in der Einteilung der Störungen nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (nachfolgend ICD-10), unter den affektiven Störungen (F3: respektive F32 für depressive Episoden) verortet (ICD-10, 2017). Die Ziffer zehn nach ICD bezeichnet die zehnte Revision der Klassifikation (ICD-10, 2017).

Depressionen und die dazugehörigen Symptome gehören zu den besonders häufig auftretenden psychosozialen Auffälligkeiten in der Praxis (Northoff, 2013, S. 173). Diese Tatsache unterstreicht die Aktualität der Leitfrage mit der Hypothese, dass eine Distanzierung im Kontext mit depressiven Klientinnen und Klienten als sinnvoll und schützend gilt, da Berührungspunkte zwischen ihnen und Sozialarbeitenden - wie eingangs dieses Kapitels und anfangs der Einleitung eruiert - wahrscheinlich sind.

Für die Differenzierung der Krankheit Depression ist es der Autorenschaft wichtig, bereits hier darauf hinzuweisen, dass es zum einen bipolare sowie unipolare depressive Störungen gibt. Eine genauere Ausdifferenzierung der Depressionsarten wird im Verlauf dieser Arbeit noch folgen (vgl. Kapitel 3.6). Eine bipolare (zweipolige) Störung zeichnet sich in entgegengesetzten Schwankungen der Stimmung, der Aktivität und des Antriebs aus. Die weit über dem Normalniveau ausschlagenden Phasen zwischen depressiven und manischen Episoden, sind nur schwer kontrollierbar (Gerrig & Zimbardo, 2008, S. 566). Die unipolare (einpolige) Depression gilt als die häufigste Form depressiver Erkrankungen, und beinhaltet ausschliesslich depressive Episoden (S. 566). Für die unipolare Depression kann gemäss ICD-10 von einer Jahresprävalenz von zirka sieben Prozent und einer Lebenszeitprävalenz von ungefähr 20 Prozent ausgegangen werden (Baer, Schuler, Füglistler-Dousse & Moreau-Gruet, 2013, S. 10). Da die unipolare Depression im Vergleich zur Bipolaren um ein vielfaches häufiger auftritt, hat die Autorenschaft entschieden, sich in dieser Arbeit auf die Unipolare zu beschränken. Im Folgenden wird unter einer Depression immer eine unipolare affektive Störung verstanden, eine Bipolare würde namentlich erwähnt werden.

3.1.1 Begriffsdefinition

Zur Begriffsklärung stützt sich die Autorenschaft auf die Definition der WHO (2017), welche eine Depression als weitverbreitete psychische Störung beschreibt, die sich durch deutlich gedrückte Stimmung, Traurigkeit, Interesselosigkeit, dem Verlust von Genussfähigkeit und Schuldgefühlen ausdrückt. Weiter können sich bei depressiv erkrankten Menschen ein vermindertes Selbstwertgefühl, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Müdigkeit und unter anderem Konzentrationsschwächen zeigen (WHO, 2017). Die Bewältigung alltäglicher Aufgaben fällt vielen Erkrankten sehr schwer (Gerrig & Zimbardo, 2008, S. 565).

Auf den Zustand deutlich gedrückter Stimmung, als Symptom der depressiven Verstimmung, folgen häufig verschiedenste körperliche Beschwerden (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2015, S. 17). Diese führen zu einer Beeinträchtigung der gesamten Lebensführung und können einen hohen Leidensdruck für Betroffene und das soziale Umfeld auslösen (S. 22). Die Autorenschaft geht daher davon aus, dass es auch für Sozialarbeitende, aufgrund der Nähe zur Klientel, zu einem Leidensdruck werden kann, wenn sie sich in der Zusammenarbeit nicht oder zu wenig distanzieren. Denn Sozialarbeitende sind aufgrund der Ausführungen der DGPPN auch zum erweiterten sozialen Umfeld zu zählen (S. 22-23).

Wie sich die Depression charakterisiert, respektive welche Symptome für die Diagnosestellung einer Depression vorliegen müssen, wird im nächsten Unterkapitel beantwortet.

3.2 Charakteristik einer Depression

In diesem Unterkapitel wird der Frage nachgegangen, wie sich eine Depression charakterisiert und mit welchen psychischen und körperlichen Symptomen die Krankheit zusammenhängt. Die Kenntnis, wie sich eine Depression bei Menschen, respektive depressiver Klientel der Sozialen Arbeit äussert, ist für die Beantwortung der Leitfrage - wie vorgenannt - wichtig. Denn die Autorenschaft erachtet eine Erkennungsgrundlage, wie Sozialarbeitende Depressive in Beratungsgesprächen erkennen können, als hilfreich bezüglich einer Distanzierung. Hinsichtlich der Leitfrage und der Beantwortung der Leitfrage muss als erster Schritt das Wissen erarbeitet werden, wie sich eine Depression zeigt, bevor man sich als Fachperson der Sozialen Arbeit in einem zweiten Schritt von der negativen Grundeinstellung distanzieren kann.

Gemäss der Weltgesundheitsorganisation (WHO) leiden pro Tag drei bis fünf Prozent der Weltbevölkerung an depressiven Symptomen (2017). Weltweit leiden mehr als 300 Millionen Menschen jeden Alters unter depressiven Erkrankungen (WHO, 2017), dementsprechend ist die Relevanz für die Soziale Arbeit gegeben. Die internationale Lebenszeitprävalenz, an einer Depression (alle Formen eingeschlossen) zu erkranken, liegt bei 16 bis 20 Prozent (Baer, Schuler, Füglistler-Dousse & Moreau-Gruet, 2013, S. 10). Das heisst also, dass gut ein Fünftel aller Menschen in ihrem Leben direkt und wohl ein noch grösserer Anteil indirekt über das soziale Umfeld mit einer depressiven Verstimmung in Kontakt kommen.

Die Symptome einer Depression hängen eng mit der Definition einer Depression zusammen. Denn über die Symptome einer depressiven Erkrankung wird auch die Krankheit Depression festgelegt (S. 17). Die Symptome einer Depression werden nachfolgend in detaillierter Form behandelt. Dies wird getan, weil die Autorenschaft davon ausgeht, dass wenn Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter wissen, auf welche Symptome der Fokus für die Zuordnung

einer depressiv erkrankten Person gelegt werden muss, den betroffenen Personen bedarfsgerechte Unterstützung geboten werden und eine angemessene Distanz zur Klientel gewahrt werden kann.

Für die Kennzeichen, sprich Symptome einer Depression, zieht die Autorenschaft die diagnostischen Leitlinien der ICD-10 (zit. nach Härter & Schneider, 2017, S. 341) bei. Die Einschlusskriterien einer depressiven Episode sind gemäss der ICD-10 erfüllt, wenn während mindestens zwei Wochen:

A: Mindestens zwei (bzw. für eine schwere Episode drei) der folgenden **Hauptsymptome** vorliegen:

- Gedrückte Grundstimmung (tiefe Traurigkeit), sowie Gefühle der Verzweiflung und „inneren Leere“ in einem für die betroffene Person deutlich ungewöhnlichen Ausmass, über die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag und im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen zutrifft;
- Verlust von Interesse oder Freude an alltäglichen Aktivitäten, die normalerweise als angenehm empfunden worden sind, vorliegen;
- eine Verminderung des Antriebs und erhöhte Ermüdbarkeit (Energielosigkeit) besteht.

B: Zusätzlich zu den oben erläuterten Hauptsymptomen müssen zwei der folgenden **Zusatzsymptome** der ICD-10 vorliegen, wobei die Gesamtzahl der Symptome (Haupt- und Zusatzsymptome) je nach Schweregrad zwischen vier bis acht liegt (zit. nach Härter & Schneider, 2017, S. 341):

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, verbunden mit Unentschlossenheit und verlangsamtem Denken;
- Reduziertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen;
- Gefühle von Schuld, Wertlosigkeit und Selbstzweifel;
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektive, in der jeder neue Tag als Belastung und die Zukunft als aussichtslos erlebt wird;
- Suizidgedanken oder Suizidhandlungen;
- Schlafstörungen jeder Art;
- Verminderter Appetit und als Folge dessen häufig Gewichtsabnahme.

Für die Diagnosestellung einer Depression unter Berücksichtigung der oben erwähnten Symptome bedarf es die Erfüllung zweier Hauptsymptome, welche die Tagesplanung und Erfüllung der täglich anfallenden Aufgaben beeinflussen. Weiter zeigt sich bei depressiven Menschen oftmals ein Interessenverlust, der eben diese alltäglichen Aktivitäten betrifft, bzw.

die Erfüllung dieser Pflichten durch das Vorhandensein der depressiven Symptome stark erschweren oder gar verunmöglichen. Einflussfaktoren, die dabei mitspielen, sind eine verminderte Antriebskraft sowie die schnelle Ermüdbarkeit. Zusätzlich müssen mindestens zwei der aufgelisteten Zusatzsymptome vorliegen, damit gemäss der ICD-10 von einer depressiven Episode gesprochen wird. (zit. nach Härter & Schneider, 2017, S. 342)

Hauptkennzeichen einer Depression ist eine dysphorische Stimmung (S. 343). Eine dysphorische Stimmung zeigt sich in traurigen, bedrückten und hoffnungslosen Gefühlen, respektive Gedanken, die sich im Verlust von Interesse und Freude an normalen Aktivitäten zeigen (Gerrig & Zimbardo, 2008, S. 565). In der ICD-10 werden depressive Episoden nach Verlauf, Schweregrad sowie nach Vorliegen somatischer oder psychotischer Symptome unterschieden (Härter & Schneider, 2017, S. 341).

Anschliessend an diese Ausführungen erscheint die Frage, wie denn nun Sozialarbeitende depressive Menschen im Berufsalltag erkennen können, als angebracht. Die Autorenschaft geht davon aus, dass lediglich das Wissen über die Krankheit der Depression noch nicht dafür ausreicht, dass Sozialarbeitende depressive Klientel identifizieren können. Diese These der Autorenschaft wird in der nachfolgenden Unterfrage zu beantworten versucht.

3.3 Erkennen einer depressiven Störung

Wie ist es für Sozialarbeitende im Beratungsprozess möglich, eine depressive Klientin oder einen depressiven Klienten wahrzunehmen? Trotz der Kenntnisse über depressive Symptome ist es für Professionelle nicht leicht, zu erkennen, ob das Gegenüber auch wirklich unter dieser Krankheit leidet. Dies hat unter anderem damit zu tun, dass sich Depressionen in unterschiedlichen Symptomen äussern (Härter & Schneider, 2017, S. 340). Da eine depressive, gedrückte Stimmung von Patientinnen und Patienten oft ganz unterschiedlich charakterisiert wird, ist die Deutung als professionelle Fachkraft zusätzlich erschwert (Baer et al., 2013, S. 11). Zudem berichten die wenigsten depressiven Klientinnen und Klienten spontan über typische Symptome einer Depression (DGPPN, 2015, S. 35), weil es für viele es Direktbetroffene oft eine Hemmschwelle darstellt, über psychische Beschwerden - wie die vorgenannten Haupt- und Begleitsymptome - zu sprechen (S. 35). Hier könnte die Thematik Scham aus Sicht der Autorenschaft ebenfalls miteinspielen. Die These der Autorenschaft stützt West-Leuer, die Scham als selbstreflektierende Affekte beschreibt, durch die sich Menschen selbst betrachten und in Frage stellen (2016, S. 96). Scham impliziert daher bestimmte Aspekte des Selbst, die zum Vorschein gebracht und von anderen Personen in der Regel abgelehnt werden (S. 96). Das Sprechen bzw. Offenlegen depressiver Symptome von Klientinnen und Klienten gegenüber Sozialarbeitenden könnte demnach schambesetzt sein. Erschwerend dazu sieht die Autorenschaft auch den Umstand, dass gerade bei

unregelmässigen und zeitlich begrenzten Kontakten mit der Klientel, Sozialarbeitende nur eine Momentaufnahme des physischen und psychischen Zustandes der Klientel wahrnehmen. Die Autorenschaft hat die Erfahrung gemacht, dass je nach sozialarbeiterischem Setting der Informationsstand bezüglich der Diagnose allfälliger psychischer und körperlicher Erkrankungen anders ist. So wurde Herr Leuenberger beispielsweise im klinischen Sozialdienst anlässlich interdisziplinärer Teamsitzungen und dem Beiwohnen regelmässiger Visiten mit der ärztlichen Leitung über die Diagnose seiner Patientinnen und Patienten aufgeklärt. In der ambulanten Suchtberatung hingegen wurde Herr Leuenberger nur durch direkte Zuweisungsschreiben von psychiatrischen Einrichtungen oder Hausärzten, über die Diagnose informiert. Frau Molinari erhielt während ihrer Praktika auf dem Sozialdienst und dem RAV lediglich Arztzeugnisse ohne Hinweis auf eine Diagnose, weshalb sie diesbezüglich auf die Ehrlichkeit und Transparenz ihrer Klientel angewiesen war. Trotzdem hat die Autorenschaft die Erfahrung gemacht, dass im Verlaufe des Beratungsprozesses Aussagen seitens der Klientel fallen, die auf Hoffnungslosigkeit und Perspektivlosigkeit hinweisen können (z.B. „ich weiss nicht, wie ich das schaffen soll, ich sehe nicht, wie es weitergehen soll“). Die Aussagen „Ich soll...“ werden anlässlich des Kapitels zur negativen Grundeinstellung noch vertiefter behandelt. An dieser Stelle sei aber darauf hingewiesen, dass diese Aussagen als Teil der negativen Grundeinstellung zu verstehen sein können und eng mit den Haupt- und Begleitsymptomen einer Depression zusammenhängen.

Was kann weiter als Indikator für Sozialarbeitende in der Zusammenarbeit mit depressiver Klientel für die Erkennungsgrundlage dienen? Bisher hat die Autorenschaft konstatiert, dass depressive Klientel in der Regel nicht offen über typische Symptome sprechen. Daher muss nach weiteren Anhaltspunkten gesucht werden. DGPPN liefert einen Ansatzpunkt, der für den Schritt der Erkennung dienlich sein könnte. Sie führt aus, dass Betroffene vermehrt über die in der Wechselwirkung zur Depression auftretenden somatischen Beschwerden oder über allgemeines Unwohlsein sprechen (2015, S. 35). Es wird aufgrund dieser Ausführungen auf untenstehende Auflistung verwiesen, welche die häufigsten geäusserten somatoformen Merkmale, die auf eine unipolare depressive Störung hinweisen könnten, zeigen (S. 36). Diese somatischen Beschwerden könnten als Indikatoren für die Feststellung depressiver Klientinnen und Klienten dienen. Jedoch ist darauf hinzuweisen, dass alleine das Vorhandensein der körperlichen Symptome noch nicht für eine Diagnosestellung ausreicht (vgl. Haupt- und Begleitsymptome einer Depression). Vielmehr erachtet die Autorenschaft die untenstehende Tabelle als Warnhinweis in Beratungssettings mit Klientinnen und Klienten, da die Möglichkeit, dass mit diesen körperlichen Beschwerden eine depressive Verstimmung einhergehen könnte, gegeben ist.

- Allgemeine körperliche Abgeschlagenheit, Mattigkeit;
- Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen);
- Appetitstörungen, Magendruck, Gewichtsverlust, Obstipation, Diarrhöe;
- diffuser Kopfschmerz;
- Druckgefühl in Hals und Brust, Globusgefühl;
- funktionelle Störungen von Herz und Kreislauf (z. B. Tachykardie, Arrhythmie, Synkopen), Atmung (z. B. Dyspnoe), Magen und Darm;
- Schwindelgefühle, Flimmern vor den Augen, Sehstörungen;
- Muskelverspannungen, diffuse Nervenschmerzen (neuralgiforme Schmerzen);
- Libidoverlust, Sistieren der Menstruation, Impotenz, sexuelle Funktionsstörungen;
- Gedächtnisstörungen.

Abbildung 1. Somatische Beschwerden, die auf eine depressive Störung hinweisen. Nach DGPPN, 2015, S. 36.

Weitere Merkmale, die depressive Menschen identifizieren, können sich gemäss der DGPPN im Erscheinungsbild zeigen (S. 36). Hierbei ist besonders auf die Körperpflege, Kleidung sowie auch Gestik und Mimik, Sprechverhalten mit Klang, Tempo und Sprachverständnis und Ausdruck bei Klientinnen und Klienten Acht zu geben. Denn v.a. die beiden letztgenannten sind bei Depressiven oftmals beeinträchtigt (S. 36).

Bei der Erkennung einer depressiven Störung, ist es der Autorenschaft weiter ein Anliegen, hier darauf hinzuweisen, dass Depressive oft eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen Störungen haben (S. 20). Besonders häufig zeigt sich eine Komorbidität, nebst der depressiven Erkrankung mit Angst- und Panikstörungen aber auch bei Alkohol- Medikamenten- und Drogenabhängigkeit (S. 20). Diese Ausführungen kann Herr Leuenberger stützen, der in seinem Praktikum im klinischen Sozialdienst der Psychiatrie in St. Urban auf einer Abhängigkeitsstation für Suchterkrankungen diese komorbiden Störungsbilder antraf.

Der Autorenschaft ist bewusst, dass die Unterfrage, wie Sozialarbeitende depressiv Erkrankte im Beratungsprozess erkennen können, mit diesen Ausführungen nicht abschliessend beantwortet ist. Trotzdem möchte sie diese Frage nicht weiter vertiefen, da der Fokus dieser Arbeit anders priorisiert ist und eine ausführlichere Bearbeitung dieser Unterfrage für die Leitfrage nicht ausschlaggebend wäre.

Mit der obgenannten Abbildung, den Ausführungen über somatoforme Begleiterscheinungen bei depressiven Erkrankungen sowie weiteren Auffälligkeiten zur Erkennungsgrundlage depressiv Erkrankter ist bereits eine weitere relevante Unterfrage in diesem Kapitel angeschnitten und teilweise beantwortet worden. Und zwar diese, nach den Folgewirkungen depressiver Störungen für Betroffene. Denn die genannten körperlichen Beschwerden können als mögliche Folgewirkung einer depressiven Erkrankung angesehen werden (S. 36-37).

Bewusst wird im Kapitel der Depression auf die Behandlungsmöglichkeiten depressiver Menschen verzichtet, da der Fokus der Leitfrage in der Distanzierung, respektive der Wahrung der psychischen Gesundheit im Beratungssetting zwischen Sozialarbeitenden und Klientel liegt. Trotzdem soll auf die Wichtigkeit einer frühzeitigen professionellen Behandlung depressiv Erkrankter hingewiesen werden, da es für den Heilungsprozess von Wichtigkeit ist, dass Depressive professionelle Unterstützung erhalten, um die depressiven Episoden überstehen zu können (Mahnkopf, 2015, S. 8-9).

3.4 Auswirkungen einer depressiven Störung

Die ausgearbeiteten Symptome bei depressiv Erkrankten zeigen, dass eine Depression zu einer starken Beeinträchtigung der psychischen und körperlichen Befindlichkeit führt, welche mit den ausgeführten Diagnosesymptomen korrelieren. Depressive Personen beschreiben ihre Befindlichkeit in körperlicher wie seelischer Hinsicht mit 77 Prozent als schlecht bis sehr schlecht (DGPPN, 2015, S. 22). Der Prozentsatz schlechter bis sehr schlechter Befindlichkeit depressiver Personen (77 Prozent), ist im Vergleich zu nicht depressiven Personen (38 Prozent), markant erhöht. Die DGPPN weist darauf hin, dass depressiv erkrankte Personen starke Beeinträchtigung in ihrer Lebensführung erfahren (S. 22). Dies ist aufgrund der auftretenden Haupt- und Begleitsymptome als nachvollziehbar zu betrachten und für die Autorenschaft mitunter ein Grund, weshalb viele Depressive Adressatinnen und Adressaten der Sozialen Arbeiten sein könnten. Weiter geht mit depressiven Störungen eine erhöhte Mortalität einher (S. 83). Diese Ausführungen werden vom umfassenden Gesundheitsbericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatorium über Depressionen in der Schweizer Bevölkerung gestützt, welche Depressionen als Ausgangspunkt für Behinderungen im Alltag, zu einer gesteigerten Inanspruchnahme von medizinischen Diensten und eben zu einer erhöhten Sterblichkeit, ausführen (Baer et al., 2013, S. 14).

Gemäss Baer et al. führen Depressionen nicht nur zu starken psychischen Beeinträchtigungen und somatischen Beschwerden für die Direktbetroffenen, sondern längerfristig auch zu Beziehungs- und Arbeitsproblemen, Arbeitsabsenzen bis hin zu sozialer Isolation, die eine Ausgliederung aus dem Arbeitsmarkt nach sich ziehen kann (S. 17). Dieser Umstand macht Depressive zu potentiellen Adressatinnen und Adressaten der Sozialen Arbeit, womit die Relevanz der Leitfrage gestützt wird. Die praktischen Erfahrungswerte der Autorenschaft auf dem RAV sowie den Sozialdiensten (klinisch/polyvalent) haben gezeigt, dass viele Klientinnen und Klienten ihren Job wegen ihrer Krankheit und den daraus resultierenden Absenzen verloren haben. Die depressiven Erkrankungen haben folglich nicht nur Auswirkungen für die betroffene Person selbst, sondern stellen eine grosse Herausforderung für Familienangehörige, das nahe soziale Umfeld sowie unter anderem Arbeitgebende dar und erfordern

ein grosses Mass an Verständnis, Mitgefühl und Geduld für die Betroffenen (DGPPN, 2015, S. 23). Die Vermutung, dass durch die Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeitenden und Klientel mit depressiven Symptomen auch Auswirkungen für Fachpersonen eintreten können, liegt nahe und ist durch Fachliteratur bestätigt (S. 17). Nebst den Folgewirkungen im familiären und partnerschaftlichen Bereich führen Depressionen für Betroffene generell zu Problemen in privaten und sozialen Rollenfunktionen (S. 23). Die Autorenschaft vermutet deshalb, dass auch die Beziehungsgestaltung zwischen Sozialarbeitenden und Betroffenen durch die Symptomatik erschwert bzw. beeinflusst wird und es deshalb eine intensive Auseinandersetzung mit der Thematik Nähe und Distanz benötigt.

Der für die Leitfrage relevanten Distanzierungsgegenstand - die negative Grundeinstellung - wird nachfolgend thematisiert. Nach Studium verschiedener Literatur und Reflexionsprozessen ist für die Autorenschaft klar, dass die negative Grundeinstellung als ein Teil der depressiven Störung anzusehen ist. Da die Autorenschaft in eben dieser negativen Grundeinstellung ihren Distanzierungsgegenstand betrachten, ist es notwendig, dass folgend diese thematisiert wird, da sie auch als Auswirkung einer depressiven Erkrankung angesehen wird und die Depression und deren Verlauf sowie Schweregrad als Einflussfaktor mitprägt.

3.4.1 Negative Grundeinstellung

Das „Unter-Unterkapitel“ soll nicht darüber hinwegtäuschen, dass nachfolgend für diese Arbeit eine äusserst wichtige Begrifflichkeit zur Beantwortung der Leitfrage thematisiert wird. Dieses Kapitel setzt sich mit der negativen Grundeinstellung Depressiver, respektive dem anvisierten Distanzierungsgegenstand für Sozialarbeitende im Beratungssetting mit depressiv erkrankten Personen, auseinander

Auch wenn mittlerweile ersichtlich sein sollte, weshalb die Autorenschaft in ihrer Leitfrage von einer negativen Grundeinstellung bei depressiven Menschen ausgeht, möchte sie diesen Begriff in diesem Unterkapitel noch explizit aufgreifen und erläutern. Dies wird getan, damit die Leserschaft die Auswahl der Begrifflichkeiten nachvollziehen kann und im Folgenden unter der negativen Grundeinstellung das gleiche Verständnis herrscht. Im Grunde geht es darum, zu beschreiben, wie depressive Personen denken. Denn mit der Erörterung der Denkweise depressiv Erkrankter kann „die Brücke“ zur negativen Grundeinstellung hergestellt werden.

Gestützt auf die vorherigen Ausführungen und den Inhalt der Leitfrage, priorisiert die Autorenschaft in diesem Unterkapitel die Behandlung zweier Begrifflichkeiten. Einerseits der Begriff des „Negativen“, respektive die damit verstandenen pessimistischen Gedanken, Gefühle und Denkprozesse im Zusammenwirken mit einer depressiven Erkrankung. Hierbei ist es der Autorenschaft wichtig, darauf hinzuweisen, dass sie die negative Grundeinstellung nicht im wertenden Sinne als negativ betrachtet, sondern gemessen an der gesunden Norm

als negativ verstanden werden muss. Der zweite Punkt, der in diesem Kapitel besprochen werden soll, ist die Einstellung, respektive die Grundeinstellung. Diese zweite Begrifflichkeit wird in unterschiedlicher Fachliteratur teils sehr ausführlich in ihrer Struktur, Typologie und Funktion ausgeführt (vgl. Werth & Mayer, 2008, S. 205-274; Bierhoff, 2006, S. 327-399). Auf eine vertiefte Ausweitung des Themenbereiches der Einstellung wird absichtlich verzichtet, weil der Fokus auf der Distanzierung im Beratungsprozess mit depressiver Klientel liegt. Hinsichtlich der Leitfrage erachtet die Autorenschaft aber trotzdem die folgenden Fragen als relevant: Was genau eine Einstellung ist und was sie beinhaltet, wie eine Einstellung entsteht und welche Faktoren für eine Verfestigung miteinwirken können. Die Beantwortung könnte darüber Aufschluss geben, auf welche Faktoren Sozialarbeitende für eine erfolgreiche Distanzierung bzw. einer Nichtübernahme dieser negativen Denkmuster achtgeben müssen.

3.4.1.1 Begrifflichkeit des Negativen

Wolfersdorf führt aus, dass Depressive grundsätzlich nicht eine andere Denkweise pflegen, als es Gesunde tun (2011, S. 21). So stehen bei Depressiven wie auch Nichtdepressiven Denkprozesse rund um die eigene Leistungsfähigkeit, Erfüllung von Leistungsansprüchen gegenüber dem Selbstideal und fixen Gewissensinstanzen, Liebesfähigkeit, Wertschätzung, Selbstwertgefühl, Gesundheit sowie körperliches Wohlbefinden und unter anderem Überlegungen zur existentiellen Situation im Zentrum (S. 21). Die Inhalte des Denkprozesses sind demnach als komplexes Konstrukt zu verstehen. Die Autorenschaft vermutet diesbezüglich, dass aufgrund der Haupt- und Begleitsymptome (Kapitel 3.2) bei Depressiven ein hoher Druck entsteht, der auch zu Stress führen kann. Dies hat damit zu tun, dass es depressiver Klientel wegen ihres dezimierten Gesundheitszustandes nicht möglich ist, alle impliziten Ziele und Herausforderungen des Denkprozesses vollständig und zufriedenstellend zu erfüllen. Wolfersdorf beschreibt, dass Depressive durch die Alltagssorge zu diesen vielseitigen Denkprozessen in ihrem gesamten Denken immer mehr eingeengt werden (S. 21). Die Denkprozesse nehmen dahingehend einen negativen Charakter an, da sie häufig nur um ein oder zwei Themen kreisen, in denen es oftmals um Zweifel der eigenen Leistungsfähigkeit, Insuffizienz oder Schuldzuweisungen um die eigene Person geht (S. 21-22). Bereits diese Einschränkungen bzw. Anzweiflungen der eigenen Fähigkeiten können nach Auffassung der Autoren zu einem pessimistischen Denkprozess führen, bzw. diese charakterisieren.

Mahnkopf (2015) beschreibt in Korrelation mit negativen Denkmustern drei typische kognitive Verzerrungen, welche durch depressiv Erkrankte gezeigt werden (S. 100): Die Verzerrung des alles-oder-nichts Denkens (z.B. „Ich werde nie wieder gesund“), die übertriebene Verallgemeinerung (z.B. „das von mir gemalte Bild ist richtig hässlich geworden, bei mir geht alles schief“) und die Verzerrung in Form von Abwehr des Positiven (z.B. extern erhaltenes Lob zu eigenen Fähigkeiten abwerten: „das ist doch gar nichts, früher habe ich vielmehr

geschafft“). Diese drei Formen der verzerrten Gedankengänge widerspiegeln eine klar pessimistische, respektive negative Denkweise zur eigenen Person und stellen den von der Autorenschaft als notwendig erachteten Distanzierungsgegenstand für Sozialarbeitenden zur Wahrung der psychischen Gesundheit dar.

Die Verzerrungen decken sich mit den Ausführungen über die Hauptthemen depressiver Menschen von Wolfersdorf (vgl. 2011, S. 22). „Ich sollte“ oder „ich müsste“ sind oftmals gebrauchte „Notwendigkeitsformen“, die sich hinsichtlich Selbstanforderungen und Selbstanklagen bei Depressiven zeigen (S. 22). Im Kapitel der Erkennung einer depressiven Störung hat die Autorenschaft auf gleichsame typische Aussagen im Arbeitskontext hingewiesen. Die Aussage von Wolfersdorf, „dass der Zeiger der Schuld immer auf den Depressiven selber zeigt“, widerspiegelt das negative Selbstbild Betroffener passend (2011, S. 22). Die Autorenschaft stützt sich auf das kognitive Modell der Depression, welches davon ausgeht, dass sich bei Menschen mit depressiven Symptomen mehr oder weniger automatisch negative Gedanken eröffnen und diese dafür verantwortlich sind, dass die depressive Stimmung aufrechterhalten bleibt (Mahnkopf, 2015, S. 98-99). Es besteht demnach ein naher Bezug zu den bereits vorher ausgeführten Symptomen, die mit einer Depressionserkrankung einhergehen (vgl. Kapitel 3.2). Es soll hier keine Wiederholung dieser Symptome erfolgen, jedoch darauf aufmerksam gemacht werden, dass einerseits die bei einer Depression vorherrschenden psychischen wie auch körperlichen Symptome als Einflussfaktoren für die negative Grundeinstellung einwirken, dass aber andererseits auch die vorhandene negative Grundeinstellung für die Ausweitung der psychischen und körperlichen Symptome einwirken können.

3.4.1.2 Begrifflichkeit der Einstellung

Wie vorgenannt erfolgt hier lediglich eine kurze Annäherung an den Begriff der Einstellung. Da die Definitionen bezüglich der Einstellung in der Fachliteratur komplex sind, hat sich die Autorenschaft dazu entschieden, zuerst darauf einzugehen, wann Menschen im Alltag mit Einstellungen konfrontiert werden können. Erst in einem nächsten Schritt wird auf die Einstellungsdefinition nach Eagly und Chaiken eingegangen.

Es stellt sich demnach die Frage, wann wir im Alltag nach einer Einstellung gefragt werden? Dies kann gemäss Werth und Mayer (2008) z.B. anlässlich Meinungsumfragen (wie finden sie Produkt X oder Partei Y?), im Internet (was halten sie von diesen aktuellen Nachrichten?), bei Freunden, Kollegen oder Kommilitonen (hast du gehört, was Person YX gemacht hat, wie denkst du darüber?), in der Partnerschaft (wie stehst du zu Themen der Verlässlichkeit, Treue, Familienplanung?) erfolgen (S. 205). Werth und Mayer gehen davon aus, dass wir tagtäglich durch Überzeugungsversuche von aussen in unserer Einstellung beeinflusst werden (S. 205).

Also, dass sich durch Einwirken zu ganz bestimmten Themenfeldern beispielsweise durch die Eltern, Peers, Werbung oder Medien die eigene Einstellung verändert bzw. verändern kann (S. 205).

Eagly und Chaiken (1998) definieren eine Einstellung „als mentale Repräsentation, die aus einer zusammenfassenden Bewertung eines Einstellungsobjektes besteht“ (S. 269). Einstellungsobjekte können Personen (sich selbst oder andere), Sachverhalten (z.B. Verhalten, Ereignisse), Objekte, Ideen und mehr sein (Werth & Mayer, 2008, S. 206). Eine Einstellung bezieht sich auf eine Bewertung (z.B. gut oder schlecht) oder eine Intensität (wenig, sehr). Einstellungen werden je nach Einstellungsgegenstand mit speziellen Fachtermini in Verbindung gebracht (S. 206), worunter unter anderem auch das Selbstwertgefühl der eigenen Person fällt.

Aufgrund der Ausführungen ist es als realistisch zu betrachten, dass sich eine Einstellung bezüglich des Selbstwertgefühls bei depressiv Erkrankten in ihrer Bewertung zu negativer Tendenz ausrichten kann. Dabei können unter anderem die obgenannten Einstellungsobjekte gemäss Werth und Mayer für eine Verfestigung einwirken (S. 206). Eine negative Grundeinstellung ist folglich als Bewertung von Einstellungsobjekten (eigene Person oder andere, Sachverhalten, Objekte oder unter anderem Ideen) anzusehen, die durch einengende, pessimistische Gedanken, Selbstzweifel, Insuffizienzgefühle zum Leid der Betroffenen negativ einwirken und die depressiven Symptome noch verstärken können (Mahnkopf, 2015, S. 98-100; Werth & Mayer, 2008, S. 206).

Im Folgenden wird keine Erläuterung mehr in Bezug auf die negative Grundeinstellung geschehen, da mithilfe der Ausführung dieser beiden Begrifflichkeiten nun ein einheitliches Verständnis darüber herrschen sollte. Bevor sich die Autoren mit den Depressionsarten auseinandersetzen, wird folgend für eine gesamthafte Betrachtung der depressiven Störung auf die Frage eingegangen, welche Faktoren eine Depression verursachen können.

3.5 Ursachen einer Depression

Was können Ursachen für eine depressive Erkrankung darstellen? Gemäss Schauenburg (2016) sind depressive Erkrankungen eine Folge genetischer, biografischer, lerngeschichtlich konflikthafter, gelegentlich auch somatischer und oftmals gesellschaftlich-sozialer Prozesse (S. 179). Wolfersdorf sieht die Depression ebenfalls als multifaktorielles Geschehen an, bei der für die Entstehungen viele Faktoren mitwirken (2011, S. 37). Folglich können komplexe Vorgänge, die ein Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren bedingen und sich gegenseitig für die Person in negativer Weise beeinflussen, Auslöser für eine Depressionserkrankung sein.

Härter und Schneider (2017) sprechen von genetischen, neurobiologischen und psychosozialen Einflussfaktoren bei der Ursache einer depressiven Erkrankung (S. 339). Das Vorhandensein vorbelasteter Elternteile kann beispielsweise einen vulnerablen Einfluss in Bezug auf die Ursache haben. So besteht das Erkrankungsrisiko für Kinder bei einem kranken Elternteil für eine unipolare Depression bei etwa zehn Prozent, bei bipolaren Verläufen bei 20 Prozent (S. 340). Weiter diskutieren Härter und Schneider die genetische Prädisposition und stellten für die Erkrankungsgrundlage unipolarer Depressionen bei eineiigen Zwillingen eine zirka 50 prozentige Vulnerabilität fest (S. 341). Im Kontext der genetischen oder hormonellen Ursachen von Depression führt Mahnkopf aus, dass das weibliche Geschlecht ungefähr doppelt so häufig an unipolaren depressiven Episoden erkrankt wie das Männliche (2015, S. 26). Neben den genetischen Einflussfaktoren wird der entwicklungsbedingten Disposition ebenfalls Einfluss als Ursachengrund depressiver Erkrankungen beigemessen. So können kritische Lebensereignisse oder lebensgeschichtliche Vorbelastungen wie Verlust- oder Trennungserlebnisse als Risikofaktor hinsichtlich der Entwicklung einer depressiven Erkrankung angesehen werden (Härter & Schneider, 2017, S. 342). Anschliessend daran sei erwähnt, dass das Fehlen verlässlicher und tragender zwischenmenschlicher Beziehungen, respektive feste Bindungspersonen besonders im frühkindlichen Alter vulnerablen Charakter hinsichtlich der Entwicklung psychischer Erkrankungen hat (pers. Mitteilung, A. Rieser, 2016). Henning (2016) stützt diese Ausführung und macht darauf aufmerksam, dass das Fehlen stabiler, verlässlicher sozialer Beziehungen respektive fester Bindungspersonen als Ursachengrund für die Entwicklung psychischer Störungen, also auch depressiver Erkrankungen, angesehen werden muss (S. 160). Hier kann angefügt werden, dass ein Grossteil der Klientel der Sozialen Arbeit in ihrer Vergangenheit bereits Beziehungsabbrüche bzw. Unterbrüche erlebt hat (Schäfter, 2010, S. 61). Weiter können bestimmte Persönlichkeitsmerkmale und Verhaltensmuster wie z.B. introvertiertes Verhalten, emotionale Labilität einer Person, ein negatives Selbstbild oder das Meiden sozialer Kontakte anfälliger für die Entwicklung einer depressiven Störung machen (Härter & Schneider, 2017, S. 340). Demnach ist auch der Charakterdisposition Einfluss im Kontext der Entwicklung depressiver Störung beizumessen. Baer et al. beschreiben weiter den Bildungsstand als Depressionsrisiko (2013, S. 36). Konkret zeigen aktuelle Forschungsergebnisse, dass sich ein geringer Bildungsstand bezüglich depressiver Symptome, besonders mit fortschreitendem Alter, deutlich bemerkbar macht (S. 36). Diese Überlegungen sind unabhängig von der Nationalität oder dem Geschlecht zu verstehen (S. 36). Die praktischen Erfahrungswerte der Autorenschaft zeigten, dass sowohl auf dem RAV, dem klinischen und polyvalenten Sozialdienst sowie in der ambulanten Suchtberatung viele Adressatinnen und Adressaten einen eher tieferen Bildungsstand aufwiesen.

Auf der neurobiologischen Ebene werden hinsichtlich der Verwundbarkeit depressiver Erkrankungen Veränderungen auf neuroanatomischer, neurochemischer und neuroendokriner Ebene genannt (Härter & Schneider, 2017, S. 339). Für unipolare Störungen sind hirmorphologische Auffälligkeiten (leichte frontotemporolimbische Volumensminderungen und reduziertes Hippocampusvolumen) festgestellt worden (S. 339).

Weiter finden sich im Bericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Indikatoren, die eine Depressionserkrankung begünstigen. Der Zivilstand gilt nach Baer et al. (2013) als wichtiger Prädiktor. So zeigt sich bei verheirateten Personen die tiefste Depressionsrate, bei geschiedenen und alleinstehenden Personen die Höchste hinsichtlich depressiver Erkrankungen (S. 11). Diese Ausführungen unterstreichen im weiteren Sinne die Ausführungen betreffend der Relevanz von festen Bindungspersonen. Weitere Indikatoren, welche mit depressiven Erkrankungen korrelieren, können einen niedrigen sozioökonomischen Status, wie z.B. ein geringes Bildungsniveau, eine tiefe soziale Schicht, Erwerbslosigkeit und eine tiefe berufliche Stellung oder ein tiefes Erwerbseinkommen, darstellen (S. 11). Hier ist anzufügen, dass die meisten Adressatinnen und Adressaten der Sozialen Arbeit einen niedrigen sozioökonomischen Status haben. Sozialarbeitende versuchen die Klientel finanziell wie auch beraterisch zu unterstützen, damit ihnen, trotz dieser Umstände ein menschenwürdiges Dasein ermöglicht werden kann.

Die Ausführungen zeigen dahingehend klar, dass viele der genannten Indikatoren hinsichtlich Ursache einer Depression auf Klientinnen und Klienten der Sozialen Arbeit zutreffen können (v.a. gesetzliche Sozialarbeit). Deshalb ist es für Sozialarbeitende vorteilhaft, wenn sie über mögliche Ursachengründe informiert sind. Dies dient nicht nur der Sensibilisierung im Arbeitskontext, sondern auch zur Wahrung der eigenen psychischen Gesundheit.

Wie bereits erwähnt, wird folgend auf die verschiedenen Depressionsarten eingegangen, um aufzuzeigen, dass depressive Erkrankungen nicht immer gleich verlaufen, auch wenn es teilweise Überschneidungen bezüglich der Symptome gibt.

3.6 Depressionsarten

Wie die folgenden Ausführungen zeigen werden, gibt es verschiedene Arten von Depressionen, mit welchen Sozialarbeitende konfrontiert werden können. Hierbei kann es für einen Überblick hilfreich sein, zu wissen, welche Arten und Unterformen es gibt und wie sie sich charakterisieren. Denn das Wissen, dass jede Depressionsart unterschiedliche Eigenschaften und Entstehungsmechanismen beinhaltet, sensibilisiert den Umgang mit depressiven Klientinnen und Klienten zusätzlich und kann daher im Rückschluss auf die Leitfrage bzw. für die Wahrnehmung von depressiven Klientinnen und Klienten im Beratungsetting für Sozialarbeitende als hilfreich erachtet werden. Ebenfalls wurde in den Interviews

(vgl. Kapitel 8) darauf aufmerksam gemacht, dass es für die Zusammenarbeit und die richtige Behandlung für die Fachkraft hilfreich sein kann, zu wissen, dass depressive Erkrankungen unterschiedlich entstehen können (pers. Mitteilung, Frau M., 00:02:22).

Um die Depressionsarten darzulegen, sowie einen kurzen Rückblick zu schaffen, werden die depressiven Episoden nach der ICD-10 hier eingebunden.

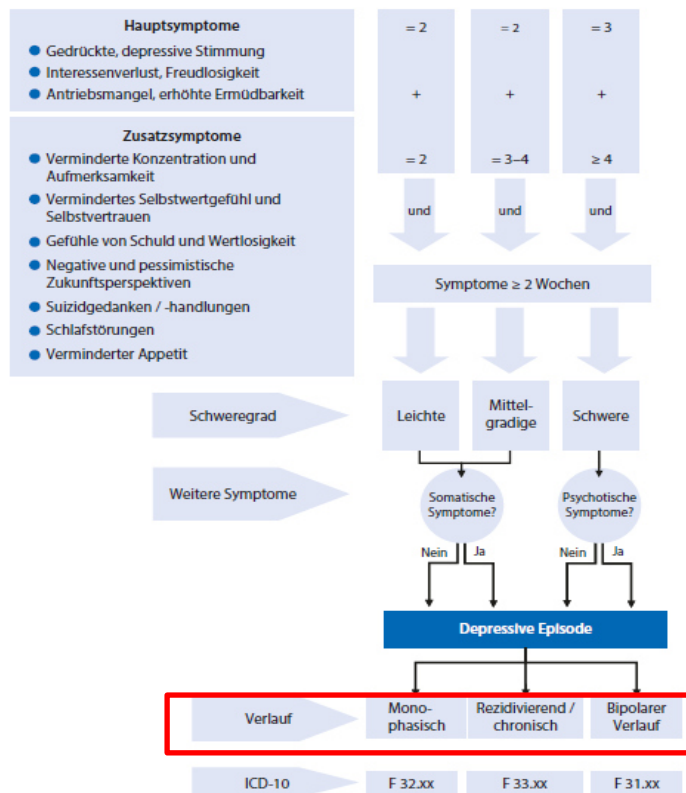


Abbildung 2. Depressionsarten nach ICD-10. Nach Härter & Schneider, 2017, S. 342.

Stützt sich die Autorenschaft auf die Ausführungen der ICD-10, so gibt es drei Hauptdepressionsarten, deren Verläufe eng zusammenhängen. Einerseits die monophasische Depression (F32.xx), worunter auch die unipolare Depression, welche für unsere Arbeit relevant ist, fällt. Weiter gibt es die rezidivierende/chronische Depression (F33.xx) sowie die bipolare Depression (F31.xx). (Härter & Schneider, 2017, S. 342)

Wie in der Darstellung der ICD-10 ersichtlich wird, werden die depressiven Episoden nach Verlauf, Schweregrad sowie nach dem Vorliegen bestimmter somatischer respektive psychotischer Symptome unterschieden (S. 342). In der Praxis werden unterschiedliche Einteilungsformen von Depressionen vertreten. Die Autorenschaft empfindet diesbezüglich die Ausführungen von Wolfersdorf als gut verständlich und nachvollziehbar, weshalb seine Depressionsarteneinteilung nachfolgend für die Beantwortung der Unterfrage (welche Depressionsarten es gibt) berücksichtigt wird (2011, S. 49-59).

3.6.1 Differenzierung der Depressionsarten nach Wolfersdorf

Wolfersdorf (2011) unterscheidet vier Obergruppen von Depressionserkrankungen (S. 49). Als erste Obergruppe benennt er die endogenen Depressionen, welche er in unipolare sowie bipolare (manisch-depressive) Erkrankungen aufteilt. Weiter differenziert er als zweite Erkrankungsform psychogene Depressionen, welche er wiederum in reaktive und neurotische Depressionen sowie die Erschöpfungsdepression unterteilt. Als dritte Oberklassifizierung nennt er somatogene Depressionen, die er zwischen organischen und symptomatischen Erkrankungen unterscheidet. Als weitere Depressionsform führt Wolfersdorf unterschiedliche Formen von Depressionen in besonderen Lebenslagen aus. Diese werden folgend zwecks Fokussierung auf die unipolare Depressionsart nur in Kurzform einbezogen (S. 49-50).

3.6.1.1 Endogene Depression

Bei einer endogenen Depression geht man davon aus, dass weder eine körperliche noch eine psychische Ursache für die Depression ausschlaggebend ist. Es existiert also keine erkennbare respektive nachweisbare Ursache für die Entwicklung. Endogen meint die Entstehung von innen heraus. Zu den endogenen Depressionsformen gehört wie vorgeannt die unipolare depressive Erkrankung. Bipolare affektive, respektive manisch-depressive Depressionen beinhalten sowohl depressive Erkrankungsphasen sowie auch eine manische Symptomatik. Ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal zur unipolaren Depression ist, dass sich beim Auftreten einer bipolaren Depression depressive und manische Phasen abwechseln. Das Phänomen, welches ein manisches Syndrom kennzeichnet, ist ein gehobenes Lebensgefühl, das mit euphorisch-heiterer Stimmung, Assoziationsreichtum und einem enorm gesteigerten Selbstvertrauen sowie einer generellen Selbstüberschätzung einhergeht. In der ICD-10 werden die endogenen Depressionen als depressive Episode unter dem somatischen Syndrom, d.h. der körperbezogenen Symptomatik eingeordnet. (Wolfersdorf, 2011, S. 50-51)

3.6.1.2 Psychogene Depression

Kennzeichnend für eine psychogene Depression ist der offensichtliche Zusammenhang zwischen nachweisbaren seelischen Anlässen (z.B. traumatischen Ereignissen) und dem Auftreten der Depression (Wolfersdorf, 2011, S. 51). Die psychogene Depression wird von Wolfersdorf zwischen der reaktiven Depression, der depressiven Entwicklung (Erschöpfungsdepression) sowie der neurotischen Depression unterschieden (S. 51). Die ICD-10 ordnet die psychogene Depression als Anpassungs- und Belastungsreaktionen und Dysthymia (F34.1) ein (S. 51).

Was stellt eine reaktive Depression genau dar? Die Charakteristik dieser Depressionsform kann bereits vom Namen abgeleitet werden, und bedeutet als Reaktion auf etwas auftretend (reaktiv). So kann eine Depression z.B. nach dem Tod einer angehörigen Person oder einer

signifikanten Bezugsperson, nach reaktiv-depressiver Verstimmung, nach einer negativen Diagnoseermittlung, einer körperlichen Erkrankung oder als Folge einer Trennungssituation auftreten (S. 52).

Depressive Entwicklungen (Erschöpfungsdepressionen) sind depressive Zustände, welche durch einen vorausgegangenen chronischen affektiv-emotionalen Druck ausgelöst werden und häufig in Verbindung mit somatischen Beschwerden auftreten. Hierbei stellt nicht der körperliche Stress den Hauptindikator, sondern die chronische emotionale Dauerbelastung der ausschlaggebende Faktor dar (S. 52).

Die neurotische Depression - nach ICD-10 auch Dysthymia genannt - wird als depressives Zustandsbild bezeichnet, das aufgrund einer Störung der psychischen Erlebnisverarbeitung entstanden ist (S. 51). Die neurotische Depression hat, wie die reaktive Depression, als Auslöser eine Verlust- oder Trennungssituation sowie Situation mit Kränkungscharakter, welche Erinnerungen zu frühkindlichen Selbstwertproblemen öffnet und negative Gefühle aufruft (S. 53).

3.6.1.3 Somatogene Depression

Somatogene bzw. körperliche Depressionen beinhalten ein depressives Krankheitsbild, welches in einem unmittelbaren Zusammenhang mit einer körperlichen Krankheit steht (z.B. neurologische, orthopädische, chirurgische Erkrankungen). Somatogene Depressionen stellen eher die Ausnahme dar. Sie werden in organische sowie symptomatische Depressionen unterteilt. Bei der organischen Depression ist eine Erkrankung des Gehirns, bzw. des Nervensystems betroffen. Bei der symptomatischen Depression ist die Depression Symptom einer Erkrankung ausserhalb des Gehirns. Neurologische Erkrankungen wie Demenz, Epilepsie, AIDS oder Migräne können als körperliche Erkrankungen bei somatogenen Depressionen einhergehen. (Wolfersdorf, 2011, S. 53)

3.6.1.4 Depression in besonderen Lebenssituationen

Bei dieser vierten Depressionsart besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen den individuellen Lebensumständen und der Symptomatik der Depression. Auch innerhalb dieser Depressionsart gibt es mehrere „Unterformen“, die hier nur namentlich erwähnt und nicht explizit ausdefiniert werden. Die am häufigsten auftretende Form ist die sogenannte klimakterische Depression. Diese tritt oftmals im Alter ab 50. bis zum 65. Lebensjahr im Zusammenwirken mit hormonellen, psychosozialen Veränderungen sowie Veränderung in der Partnerbeziehung oder zu den eigenen Kindern auf. Weitere Depressionen in besonderen Lebenslagen sind unter anderem die Wochenbettdepression, bei welcher körperlich-hormonelle Umstellungsvorgänge als auslösender Faktor einwirken, die Altersdepression, die sich durch depressive Störung im höheren Alter zeigt, sowie die Kindes- und Jugendalter-

depression, welche depressive Symptome wie Grübeln, Suizidgedanken, Minderwertigkeitsgefühle oder Bedrücktheit beinhalten. (Wolfersdorf, 2011, S. 54-56)

In den vergangenen Kapiteln wurde aufgezeigt, was eine Depression charakterisiert, welche Ursachen es für eine Depression gibt, mit welchen Symptomen Betroffene zu kämpfen haben und welche Depressionsarten es gibt. Auch wenn bereits darauf aufmerksam gemacht wurde, dass die Depression eine der am häufigsten auftretenden Krankheiten ist, widmet sich das nächste Kapitel den Fragen, wer sich konkret mit depressiven Erkrankungen konfrontiert sieht, wie häufig depressive Erkrankungen auftreten und wie sie sich soziodemografisch verteilen.

3.7 Die Betroffenen

Bei der Beantwortung dieser Unterfrage stützt sich die Autorenschaft auf die umfassende Datenerhebung zur Epidemiologie des Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Baer et al., 2013), Daten des Bundesamts für Statistik (BFS) (2012) sowie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2017). Der Autorenschaft ist die inhaltliche Nähe zum Unterkapitel betreffend Ursachenerforschung bewusst, sie möchte hier aber explizit nochmals darauf eingehen, welche Personen konkret als Betroffene einer depressiven Erkrankung in Frage kommen. Denn dabei wird erneut offengelegt, dass gerade Klientinnen und Klienten der Sozialen Arbeit als Hochrisikogruppe für Depressionserkrankungen angesehen werden müssen.

3.7.1 Soziodemografische Verteilung depressiver Erkrankungen

Die WHO schätzt die Anzahl weltweit an Depressionen erkrankter Personen auf mehr als 300 Millionen (2017). Gemäss Baer et al. (2013) sind depressive Erkrankungen ungleich über soziodemografische Merkmale verteilt (S. 10). Auffallend ist, dass bezüglich der Betroffenen signifikante Geschlechterunterschiede festgestellt wurden (S. 10). Demnach haben Frauen eine fast doppelt so hohe Prävalenz depressive Störungen zu entwickeln als Männer (S. 11). Die Langzeitprävalenz einer Depression liegt bei Frauen bei rund 21 Prozent, bei Männern bei 13 Prozent. Für die unipolare Depression gemäss ICD-10, kann von einer Jahresprävalenz von ungefähr sieben Prozent ausgegangen werden (S. 10).

Als mögliche Ursache des signifikanten Geschlechterunterschiedes nennt Kühner (2006) den Faktor des sozialen Ungleichgewichts (geringerer Status, Macht und Anerkennung des weiblichen Geschlechts) welcher mit einer zusätzlichen Belastung einhergeht und depressive Erkrankungen beim weiblichen Geschlecht begünstigen (S. 194). Daher ist das weibliche Geschlecht, wie bereits erwähnt, als Risikofaktor für eine depressive Entwicklung anzusehen.

Gemäss der umfassenden Gesundheitsbefragung des Bundesamtes für Statistik (2012) zu depressiven Symptomen in der Schweizer Bevölkerung zeigte sich bei den weiblichen Probanden der höchste Anteil an mittleren bis schweren depressiven Symptomausprägung im jungen Erwachsenenalter zwischen 15-24 Jahren. Anschliessend nahmen bei den Frauen die mittleren und schweren Symptome um fast vier Prozentpunkte zur Population ab, was ein signifikanter Unterschied zu den männlichen Befragten widerspiegelt (BFS, 2012). Frauen zeigen bei der Lebenszeitprävalenz vor allem bei einer leichteren Depressivität höhere Werte als Männer. Bei den mittleren bis starken depressiven Symptomausprägungen finden sich jedoch kaum signifikante Geschlechterunterschiede (Baer et al, 2013, S. 28). Das Risiko, innerhalb des Lebens einmal an einer affektiven Störung zu erkranken liegt unabhängig vom Geschlecht bei 20 Prozent (S. 11).

Die Invalidisierung depressiver Personen hat deutlich zugenommen (S. 31). Häufig davon betroffen sind ältere Erwerbslose mit schlechten Arbeitsmarktchancen, Migrantinnen und Migranten sowie alleinerziehende Frauen (S. 31). Diese Personen sind aufgrund ihrer Situationen als Adressatinnen und Adressaten der Sozialen Arbeit zu betrachten (IV, RAV, Sozialdienst etc.). Weiter zeigen sich häufig schwache depressive Symptome bei älteren Personen, vor allem nach Eintritt in das Pensionierungsalter (S. 33). Erneut wird hier auf das Depressionsrisiko bei geringer Bildung hingewiesen. So besteht zwischen depressiven Symptomen und einem niedrigen Bildungsstand eine hohe Korrelation und verfestigt sich mit zunehmendem Alter (S. 36). Ebenfalls erneut erwähnt wird hier der Zivilstand. Denn Personen, welche getrennt oder geschieden ihren Alltag bestreiten, sind eher von einer Depression betroffen als verheiratete, respektive in einer Beziehung lebenden Personen (S. 37).

In diesem Kapitel sollte ersichtlich werden, dass die Krankheit Depression keine Randerscheinung, sondern eine affektive Störung ist, die mit einer erhöhten Lebenszeitprävalenz jeden Menschen treffen kann. Weiter wird durch die soziodemografische Verteilung ersichtlich, dass viele Betroffene als potentielle Klientinnen und Klienten der Sozialen Arbeit angesehen werden müssen.

3.8 Zwischenzusammenfassung

Weltweit leiden mehr als 300 Millionen Menschen an der affektiven Erkrankung (WHO, 2017). Depressionen zeigen sich in einer Störung des emotionalen Gleichgewichts und durch den Zustand einer deutlich gedrückten Stimmung, Interesselosigkeit und einer starken Antriebsminderung über einen längeren Zeitraum hinweg (Härter & Schneider, 2017, S. 341). Depressive Störungen treten oft in Verbindung mit verschiedenen körperlichen Symptomen auf, welche zu einer Beeinträchtigung der Lebensführung beitragen (DGPPN, 2015, S. 17).

Die Einschlusskriterien für eine Diagnosestellung, welche Haupt- sowie Zusatzsymptome umfassen, müssen für die Erfüllung einer depressiven Episode über mindestens zwei Wochen konstant vorhanden sein. Die Hauptsymptome korrelieren mit der Definition und umfassen die depressive Verstimmung, den Verlust von Interesse, respektive Freude an alltäglichen Aktivitäten sowie eine Antriebsverminderung und eine gesteigerte Ermüdbarkeit (WHO, 2017). Die Anzahl der Zusatzsymptome, wie z.B. der Verlust des Selbstwertes, Schuldgefühle oder Konzentrationsschwierigkeiten können je nach Schweregrad variieren. Für die Depressionsdiagnose müssen mindestens zwei Haupt- sowie zwei Zusatzsymptome vorliegen (Mahnkopf, 2015, S. 12).

Die Hemmschwelle von Direktbetroffenen, über depressive Symptome zu sprechen, führt dazu, dass es für Sozialarbeitende schwierig ist, depressive Klientinnen und Klienten zu erkennen. Der Umstand der unregelmässigen Berührungspunkte zwischen Klientel und Sozialarbeitenden (kontextbedingt) erschwert die Identifizierung der Depression im Beratungsprozess zusätzlich. Abhilfe könnten die zur depressiven Erkrankung oft auftretenden somatoformen Beschwerden wie z.B. Kopfschmerzen, Schlafstörungen oder Schwindelgefühl schaffen (DGPPN, 2015, S. 36).

Auswirkungen depressiver Störungen zeigen sich in einer starken Beeinträchtigung der psychischen und körperlichen Befindlichkeit der Betroffenen (S. 22). Nebst dem kann die Depression zu sozioökonomischen Auswirkungen führen sowie zu Problemen im familiären und partnerschaftlichen Bereich (Baer et al., 2013, S. 17). Innerhalb der Auswirkungen einer Depression ist auch die negative Grundeinstellung zu verorten. Denn die negativen Denkprozesse sind ebenfalls als Auswirkung depressiver Erkrankungen anzusehen und können durch die Haupt- und Begleitsymptome einer Depression verstärkt werden, bzw. vulnerabel auf die genannten Symptome wirken. Die Denkprozesse von depressiv Erkrankten nehmen dahingehend pessimistischen Charakter an, da sie eingeengt werden und sich mehrheitlich um Selbstzweifel, die verminderte Leistungsfähigkeit und Unfähigkeit der eigenen Person drehen (Mahnkopf, 2015, S. 21-22). Weiter erfolgen kognitive Verzerrungen, die zu einer pessimistischen, respektive negativen Grundeinstellung beitragen (S. 22).

Ursachen bzw. Auslöser von Depressionen sind auf Einflussfaktoren genetischer, biografischer, lerngeschichtlicher, gelegentlich auch somatischer oder gesellschaftlich-sozialer Prozesse zurückzuführen (Schauenburg, 2016, S. 179). Depressionen existieren in unterschiedlichen Formen. Die am häufigsten auftretende Form ist die unipolare Depression. Depressive Episoden können in leichter, mittlerer oder schwerer Form, je nach Anzahl der Symptome, vorkommen. Der Verlauf depressiver Störungen kann monophasisch (in einer Phase, ohne Wechsel ablaufend), rezidivierend/chronisch (langandauernd, wiederkehrend) sowie bipolar (wechselnde depressive und manische Phasen) sein (ICD-10, 2017).

Frauen haben eine fast doppelt so hohe Prävalenz, depressive Störungen zu entwickeln wie Männer (Baer et al., 2013, S. 11). Weiter korrelieren Betroffene aus einkommens- und bildungsschwachen Bereichen - vor allem mit zunehmendem Alter -, Arbeitslose, Invalide und sozial vereinsamte Personen eher mit Depressionen, als Personen mit gegenteiligen Präferenzen (S. 12).

Die Ausführungen in diesem Kapitel sollten in erster Linie als Grundlagewissen hinsichtlich depressiver Erkrankungen dienen und zeigen, dass Depressionen in der heutigen Zeit - unabhängig vom Kontext und Arbeitsfeld - allgegenwärtig sind. Damit sind auch Berührungspunkte in der Sozialen Arbeit unumgänglich und ein professioneller Umgang mit depressiv Erkrankten ist demnach angezeigt. Die Ursachenforschung sowie Ausfühung zu den Betroffenen hat gezeigt, dass viele Indikatoren auf die Anspruchsgruppen in der Sozialarbeit zutreffen und das Thema im praktischen Kontext Relevanz hat.

Im nächsten Kapitel wird der depressive Realismus in Form eines Exkurses vorgestellt, um auch eine andere Sichtweise bezüglich der negativen Grundeinstellung Depressiver mit-einzubeziehen. Der depressive Realismus kann als Gegenpol zu den kognitiven Modellen der Depression - die besagen, dass Depressive eine pessimistische Denkweise haben (Beck et al., 2013, 248) - betrachtet werden.

4 Exkurs

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, hat sich die Autorenschaft für die als notwendig erachtete Distanzierung im Beratungsprozess für den Begriff „negative Grundeinstellung“ in Bezug auf Depressive entschieden. Menschen die an einer affektiven Störung leiden, sind von einer Störung des emotionalen Gleichgewichts betroffen (Gerrig & Zimbardo, 2008, S. 548). Im Vergleich zu gesunden Menschen, verändert sich bei Menschen mit Depressionen das Gemüt (Härter & Schneider, 2017, S. 341), sie leiden an einer dysphorischen Stimmung und einem negativen Denkstil (Gerrig & Zimbardo, 2008, S. 565). Betroffene leiden unter anderem an Traurigkeit, Interesselosigkeit, Verlust von Genussfähigkeit, gedrückter Stimmung, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Müdigkeit und Schuldgefühlen (S. 565; WHO, 2017).

Die ICD-10 hat Einschlusskriterien festgelegt, welche dazu dienen sollen, eine Depression zu diagnostizieren (Härter & Schneider, 2017, S. 341). Durch diese Diagnose wird ein Mensch als psychisch krank eingestuft. Das bedeutet, dass die betroffene Person ab diesem Zeitpunkt nicht mehr zur gesunden Norm zählt. Während der Auseinandersetzung mit der Thematik „Depression“, ist die Autorenschaft auf eine Theorie gestossen, welche sich mit dem Realitätssinn bezüglich gesunder und depressiver Menschen auseinandersetzt. Fachkräfte bezeichnen dieses Phänomen, dass Menschen, welche an einer Depression leiden, oft einen realistischeren Blick auf die Welt haben, als „depressiven Realismus“ (Galileo, 2015). Da die Autorenschaft von dieser Ansicht fasziniert ist und bislang keine Kenntnis über diesen theoretischen Blickwinkel hatte, hat sie beschlossen, im Rahmen dieser Arbeit einen kurzen Exkurs zur dieser Theorie zu machen, damit auch eine andere Perspektive in Bezug auf den negativen Denkstil von depressiv Erkrankten berücksichtigt wird.

4.1 Depressiver Realismus

Im Sozialpsychologie Lexikon ist unter dem Begriff „Realismus, depressiver“ unter dem ersten Abschnitt folgende Definition zu finden: „In leicht gedrückter Stimmung erfolgt die Informationsverarbeitung stringenter und logischer. Dies gilt allerdings nicht für kreative Prozesse, die eher in gehobener Stimmung zu besseren Ergebnissen führen“ („Realismus, depressiver“, 2004). Depressive leiden wie bereits im vorherigen Kapitel aufgeführt, nebst anderen Symptomen an einer gedrückten Stimmung (WHO, 2017). Wie kann es nun sein, dass angenommen wird, dass psychisch Kranke Informationen logischer verarbeiten als gesunde Menschen?

Begonnen hat die Theorie des depressiven Realismus Ende der siebziger Jahre mit einer von Alloy und Abramson durchgeführten Reihe von Experimenten mit depressiven und nicht depressiven Personen (zit. nach Krause, 1997, S. 88). Die beiden Studentengruppen

(depressive und nicht-depressive) mussten die Kontingenz zwischen ihrer Handlung und einer experimentell gesteuerten Antwort einschätzen. Erstaunlicherweise wurde von Alloy und Abramson eruiert, dass sich depressive Personen genau eingeschätzt haben. Die nicht-depressiven hingegen überschätzten sich (S. 88). „Daraus resultierte die Annahme, dass Menschen mit Depressionen die Wirklichkeit übergenau kritisch-realistisch einschätzen“ (Beck, Mitmansgruber, Kumnig & Schüssler, 2013, S. 248).

Beck et al. wollten gestützt auf die Ergebnisse von Alloy und Abramson mithilfe eines Experimentes erfahren, ob es bezüglich der Emotionen auch Unterschiede zwischen depressiven und nicht-depressiven Menschen gibt. In vier von sechs Tests (Ähnlichkeiten erkennen, Gefühle erkennen, Gefühle auswählen, Ekman-3-Gesichter-Test) schnitten Menschen mit einer leichten- mittleren Depression signifikant besser ab, als diejenigen ohne depressive Verstimmung (2013, S. 249). Die Forscher sind der Meinung, dass ihre Ergebnisse ein weiterer Beweis dafür sind, dass Depressive die Realität besser einschätzen können (S. 251).

Im Bereich der Stimmungsforschung wurden viele weitere Studien durchgeführt, welche die Ergebnisse und Annahmen von Alloy und Abramson (zit. nach Krause, 1997, S. 88) und Beck et al. (2013, S. 248-251) unterstrichen. Es wurde festgestellt, dass Menschen mit gehobener (oder euphorischer Stimmung) Entscheidungen weniger durchdenken als Menschen mit gedrückter Stimmung (Fischer & Wiswede, 2009a, S. 164). Menschen mit einer schlechteren Stimmung achten sich mehr auf Details, suchen systematisch und lassen sich weniger von anderen Personen beeinflussen (S. 164). Im Lexikon der Sozialpsychiatrie wird noch festgehalten, „dass Depressive und Personen mit einem negativen Selbstbild zu realistischeren Wahrnehmungen und Urteilen neigen. Sofern keine extremen Depressionen vorliegen, dürften (leicht) Depressive den ausgeprägteren Realitätskontakt haben und daher keine Überschätzung von Kontingenzen entgehen“ („Realismus, depressiver“, 2004). Unter Kontingenz wird in der Sozialpsychologie „den wahrgenommenen Zusammenhang zwischen einem spezifischen Verhalten und den daraus folgenden Konsequenzen“, verstanden (Fischer & Wiswede, 2009b, S. 75).

Forscherinnen und Forscher stellen sich die Frage, wie dieses Phänomen zu erklären ist. Die Antwort darauf lautet Kontrollillusion. Im Lexikon der Sozialpsychologie wird in diesem Zusammenhang Lagner erwähnt, der ausführt, dass gesunde Menschen dazu neigen, ihre subjektive Erfolgswahrscheinlichkeit unangemessen hoch einzuschätzen (zit. nach „Realismus, depressiver“, 2004). Diese Illusion tritt vor allem in Zufallssituationen (unkontrollierbare Situationen) wie beispielsweise beim Münzwurf ein („Kontroll-Illusion“, 2004). Dies hat damit zu tun, dass Menschen im Allgemeinen in der Lage sein möchten, die Konsequenzen für ihr Verhalten selbst steuern zu können. Dies wird auch Kontrollmotivation

genannt (Fischer & Wiswede, 2009b, S. 75-76). Das Kontrollmotiv führt dazu, dass Menschen einen Attributionsfehler (Kontrollillusion) begehen und ihre Kontrollmöglichkeiten wegen dieser kognitiven Täuschung überschätzen (S. 78). Haben Menschen das Gefühl, die Kontrolle nicht mehr zu besitzen, so spricht man von der gelernten Hilflosigkeit (S. 76). Diese beeinflusst sowohl die Motivation, den Lernprozess und die Gefühlslage der Betroffenen (S. 76).

4.2 Zwischenzusammenfassung

Die Theorie des depressiven Realismus wurde mithilfe diverser Experimente Ende der siebziger Jahre erstellt (Krause, 1997 S. 88). Es wurden eine Reihe von Experimenten mit depressiven und nicht-depressiven Menschen im Bereich der Stimmungs- und Emotionsforschung durchgeführt und signifikante Unterschiede festgestellt (Fischer & Wiswede, 2009a, S. 164). Es wurde eruiert, dass Depressive und Menschen mit einem eher negativen Selbstbild eine realistischere Wahrnehmung von Situationen haben („Realismus, depressiver“, 2004), zudem gehen sie beim Treffen von Entscheidungen systematischer vor und lassen sich kaum durch andere Personen beeinflussen (Fischer & Wiswede, 2009a, S. 164). Nicht-depressive Personen hingegen überschätzen sich wegen der Kontrollillusion, besonders in Zufallssituationen, selbst („Kontroll-Illusion“, 2004). Dies hat damit zu tun, dass der Mensch bestrebt ist, die Konsequenzen für sein Handeln steuern zu können (Fischer & Wiswede, 2009b, S. 75).

Auch wenn die Autorenschaft diese Theorie interessant findet, möchte sie für den weiteren Verlauf dieser Arbeit bei den kognitiven Modellen der Depression bleiben, die besagen, dass Menschen mit Depressionen pessimistische Wahrnehmungen und Gedanken haben (Beck et al., 2013, 248). Diese Entscheidung ist darauf zurückzuführen, dass der depressive Realismus einerseits nur für Menschen mit einer leichten bis mittleren Depression gilt und andererseits nicht auf alle Bereiche wie z.B. kreative Prozesse zutrifft (S. 249; „Realismus, depressiver“, 2004). Zudem lassen die Studien Fragen bezüglich des psychischen und physischen Zustandes der Depressiven während der Forschungsdurchführung offen. Die Autorenschaft geht demnach bei Depressiven weiterhin von einer negativen Grundeinstellung und nicht von einer realistischen Grundeinstellung aus.

Hiermit wird das Kapitel Depression - sowie die negative Grundeinstellung - vorerst abgeschlossen. Das Vorerst bezieht sich darauf, dass Teile der Theorie verständlicherweise im Kapitel „Beantwortung der Leitfrage“ nochmals aufgegriffen werden. In einem nächsten Schritt widmet sich die Autorenschaft der „Distanzierung“ im Beratungsprozess, weil die Einnahme von Distanz Teil der Leitfrage ist.

5 Distanzierung

„Beachte, dass die Inhalte der Kommunikation von der Beziehungsebene tangiert werden. Versuche eine Beziehungsebene herzustellen, die von allen Gesprächsteilnehmern als förderlich, konstruktiv und wohlwollend bewertet wird“ (Kleve, 2005, S. 22).

Die Beziehung ist in der Sozialen Arbeit nicht nur die Basis einer professionellen Zusammenarbeit zwischen Fachkraft und Klientel, sondern auch ein bedeutender Reflexionsgegenstand im Sinne des Arbeitsbündnisses (Sickendiek, Engel & Nestmann, 1999, S. 44). Die Nähe und die Distanz stellen in diesem Zusammenhang Kernelemente dar (Gräber, 2015, S. 329). Da die Frage beantwortet werden soll, wie es Sozialarbeitenden gelingt, sich von den Symptomen einer Depression professionell zu distanzieren, wird im folgenden Kapitel verständnishaft auf die Begrifflichkeiten Nähe und Distanz im Kontext der Sozialarbeit eingegangen. Was ist eine professionelle Beziehung? Was wird unter Nähe und Distanz verstanden und wie werden diese allgemein angewendet? Welche Bedeutung hat dieses Wortpaar im Beratungsprozess? Diese Fragen werden in den folgenden Kapiteln mithilfe von aktuellen Studien und Fachliteratur zu beantworten versucht.

5.1 Professionelle Beziehungsgestaltung in der Sozialen Arbeit

„Die Soziale Arbeit ist Beziehungsarbeit“ (Avenir Social, n.d.b).

Müller-Teusler (2013) meint: „Soziale Arbeit muss gelingende Beziehungen herstellen als Voraussetzung für einen konstruktiven Umgang mit Klienten“ (S. 124). Gemäss Müller-Teusler sind die Betroffenen nur bei einer gelingenden Beziehung im Stande Unterstützungsangebote anzunehmen und sich auf Veränderungen einzulassen, um ihre Lebenslage zu verbessern (S. 124). Auch Widulle meint, dass für ein erfolgreiches Gespräch eine konstruktive Beziehung - die von ihm aber nicht weiter ausdefiniert wird - Voraussetzung ist (2012, S. 112). Nussbeck geht sogar so weit, dass sie sagt, dass „die Beziehung zwischen Ratsuchendem und Berater die wichtigste Variable im Beratungsprozess ist“ (2014, S. 109). Auch Stimmer (2000, S. 93), welcher die Beziehung als Medium bezeichnet, stimmt der Wichtigkeit einer gelingenden helfenden Beziehung zu.

Gemäss Arnold ist eine Begegnung zwischen einem Sozialarbeitenden - als professionell tätige Fachperson - und einer Adressatin bzw. einem Adressaten eine professionelle Arbeitsbeziehung im Kontext der Sozialen Arbeit (2009, S. 27). Die zugeschriebenen Rollen und damit verbundenen Erwartungen unterscheiden eine professionelle Beziehung von einer Alltäglichen (S. 27). Im Kontext der Sozialen Arbeit haben Beziehungen unter anderem wegen den unterschiedlichen Rollen eine asymmetrische und komplementäre Struktur (Dörr & Müller, 2012, S. 9). Nach Thiersch ist die Asymmetrie auf die strukturell festgelegten Rollen

zurückzuführen, weil der bzw. die Beraterin als Mittel zur Veränderung dient, während die Klientel einen Nutzen aus der Beratungsinteraktion ziehen soll (zit. nach Schäfter, 2010, S. 48). Die komplementäre Struktur bzw. Kommunikation entsteht aufgrund der verschiedenen Machtpositionen von Klientel und Beratenden und der damit verbundenen Verantwortung („komplementäre Kommunikation“, 2017).

Gemäss Riegler machen die folgenden Merkmale eine professionelle Beziehung aus (2016, S. 125):

- eng (nah), jedoch;
- zweckgebunden;
- zeitlich begrenzt (auf Auflösung ausgerichtet);
- freundlich (im Sinne von positiv zugewandt, nicht freundschaftlich);
- personal symmetrisch;
- funktional asymmetrisch (aufgrund der strukturell vorgegebenen Rollen);
- aufgabenorientiert;
- auf Problemlösung ausgerichtet.

Damit eine professionelle Beziehung gelingen kann, müssen Fachkräfte verschiedenste Kompetenzen mitbringen, unter anderem interpersonelle und konzeptionelle Fähigkeiten, persönliche Überzeugungen, Integrität, Beherrschung von verschiedenen Kommunikationstechniken sowie die Netzwerkaktivierungsfähigkeiten (Nussbeck, 2014, S. 111). Weiter muss es Sozialarbeitenden gelingen, eine ausgewogene Balance zwischen Nähe und Distanz zu finden (Dahm & Kunstreich, 2011, S. 637). Die Nähe und Distanz muss im Verlaufe der Beziehungsentwicklung angepasst werden können (Thiersch, 2009, S. 124), weil ein Beratungsprozess meist nicht konstant verläuft. Zudem muss es Sozialarbeitenden gelingen, das Nähe-Distanz-Verhältnis zu reflektieren (Dörr & Müller, 2012, S. 9).

Auch wenn noch viel zu einer professionellen Beziehungsgestaltung gesagt werden könnte, wird das Kapitel hier beendet, weil der Fokus auf dem Wortpaar Nähe und Distanz liegt. Gemäss Dörr und Müller sind diese Begrifflichkeiten nur schwer definierbar, weil sie undurchschaubar sind und widersprüchlich erscheinen (2012, S. 8). Trotzdem versucht die Autorenschaft verständnishalber anhand verschiedener Theorien eine theoretische Basis zu schaffen. Bevor die Begriffe Nähe und Distanz genauer erläutert werden, wird auf die vorhandene Literatur und den aktuellen Forschungsstand eingegangen, um einen ersten Überblick zu schaffen.

5.2 Literatur und Forschung

„Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen sprechen von Problemen, die nahe gehen, von Klientinnen und Klienten, die zu nahe kommen, oder von Anstrengungen, Distanz zu wahren und der Notwendigkeit auf Distanz zu gehen“ (Gräber, 2015, S. 329). Auch wenn mit dieser Aussage unterstrichen wird, dass die Herausforderung zwischen dem Ausbalancieren von Nähe und Distanz in der Sozialen Arbeit ein zentrales Thema (Schäfter, 2010, S. 63) und für Sozialarbeitende eine unausweichliche Aufgabe ist (Dörr & Müller, 2012, S. 9), gibt es bezüglich der Ausführung bis dato kaum Fachliteratur bzw. Forschungsstudien (Gräber, 2015, S. 329; Dahm & Kunstreich, 2011, S. 636). Dörr und Müller sind nebst Gräber, Dahm und Kunstreich einige der wenigen Autoren bzw. Autorinnen, welche sich mit der Nähe-Distanz-Thematik auseinandergesetzt haben. Hans Thiersch, welcher unter anderem einen Aufsatz im Buch „Nähe und Distanz - Ein Spannungsfeld pädagogischer Professionalität“ von Dörr und Müller verfasste, widmet sich der Thematik Nähe und Distanz innerhalb seines Konzeptes der Lebensweltorientierung.

5.2.1 Aktuelle Forschung

Gräber hat sich im Rahmen ihrer Dissertation mit der Metapher von der Nähe und Distanz auseinandergesetzt, weil sie festgestellt hat, dass in der Sozialen Arbeit viel über diese beiden Begriffspaare gesprochen wird, aber in der Fachliteratur keine bzw. widersprüchliche Aussagen zu finden sind (2015, S. 329-330). Gräber hat versucht, mithilfe eines qualitativen Experteninterviews (Sozialarbeiterin), herauszufinden, wie die Nähe und die Distanz in der Sozialen Arbeit (in diesem Fall der Flüchtlingsarbeit) gelebt wird (S. 330). Auch wenn die Sozialarbeiterin im Interview immer wieder betonte, wie wichtig die Nähe zwischen ihr und den Bewohnern und Bewohnerinnen sei, wurde klar, dass sie unter anderem durch die Kategorisierung (wir - die Sozialarbeitenden und sie - die Bewohner) Distanz schaffte (S. 331-332). Dies zeigt, dass auch bei bewusster Einnahme der Position Nähe, sich die Distanzierung keinesfalls ausschliesst (S. 333).

Auch Dahm und Kunstreich haben sich im Rahmen ihrer Masterarbeit mit der Frage beschäftigt, wie Fachkräfte einer Gemeindepsychiatrie „professionelle Beziehungen gestalten und wie sie diesbezüglich sozialisiert wurden“ (2011, S. 635). Im Zentrum stand dabei die professionelle Distanz. Für die Beantwortung der Frage, wurden drei Experteninterviews, fünfzehn Einzelinterviews (mit Mitarbeitenden des ambulanten betreuten Wohnens) und drei Diskussionsgruppen, durchgeführt (S. 635). Es wurde festgestellt, dass alle Interviewten die Aufgabe haben, eine professionelle Betreuungsbeziehung zu gestalten (S. 645). Das Wissen darüber, eine professionelle Distanz innerhalb der Beziehung wahren zu müssen, führt zu einem Druck und einem Zwangsgefühl bei Mitarbeitenden (S. 645). Dies hat damit zu tun, dass

die Gestaltung einer professionellen Beziehung wohl in der Lehre, als auch im Professionalisierungsdiskurs der Sozialen Arbeit, vernachlässigt wird (S. 645).

Ein weiterer Autor, der sich mit der Frage beschäftigt „welche Indikatoren sind zu beachten, um ein gelingendes Gleichgewicht von Nähe und Distanz herzustellen?“ ist Löschner (2016, S. 28). Mithilfe eines Leitfadeninterviews befragte er eine Sozialarbeiterin und einen Sozialarbeiter (S. 30). Die Erkenntnisse der qualitativen Befragung und die theoretischen Erkenntnisse fügte er zusammen und erstellte daraus Handlungsempfehlungen für Sozialarbeitende, für die Einrichtung, für die Soziale Arbeit selbst und für die Arbeit mit Borderline Betroffenen (S. 61-63).

Auf eine Vertiefung der Forschungsergebnisse wird in diesem Kapitel absichtlich verzichtet, weil die Ergebnisse im Kapitel 5.4 aufgegriffen werden.

5.2.2 Fazit für Themenbearbeitung

Durch die Thematisierung der aktuellen Literatur bzw. des Forschungsstandes wird deutlich, dass es für Sozialarbeitende schwer ist, eine Antwort auf die Frage zu finden, wie die Thematik „Balance zwischen Nähe und Distanz“ verstanden und angewendet werden soll. Aufgrund dessen kann das vorliegende Kapitel dem Anspruch einer vollständigen theoretischen und fachlichen Auseinandersetzung nicht gerecht werden. Mithilfe von Expertinnen- und Experteninterviews versucht die Autorenschaft, trotz der mangelnden Literatur eine Antwort auf die Frage zu finden, wie es Sozialarbeitenden gelingt, sich von den Symptomen einer Depression zu distanzieren. Dazu folgt im Kapitel neun mehr. Im Folgenden wird mithilfe der vorhandenen Literatur auf die Begrifflichkeiten Nähe und Distanz in der Sozialen Arbeit eingegangen. Dabei wird laufend versucht, einen Bezug zur Beziehungsgestaltung herzustellen.

5.3 Begrifflichkeiten Nähe und Distanz

Verständnishalber wird in diesem Kapitel das Wortpaar „Nähe“ und „Distanz“ anhand verschiedener Theorien der Sozialen Arbeit erläutert. Es wird aufgezeigt, was unter Nähe und Distanz verstanden wird. Zudem wird kurz aufgegriffen, wozu diese beiden Variablen in der Sozialen Arbeit notwendig sind. Im darauffolgenden Kapitel „Balance von Nähe und Distanz in der Sozialen Arbeit“ wird dann vertieft auf die Anwendung und Notwendigkeit eingegangen. Auch wenn sich diese Arbeit wegen der Fragestellung hauptsächlich mit der Distanzierung beschäftigt, gibt es keinen Weg, der in diesem Zusammenhang an der Ausführung des Begriffs Nähe vorbeigeht. Weshalb diese Begriffe zusammengehören, wird im Verlauf der folgenden Kapitel sichtbar.

Mit folgendem Zitat nach Dörr und Müller, möchte die Autorenschaft in die Thematik Nähe und Distanz einsteigen: „Prozesse der Annäherung an oder Distanzierung von andere(n) Menschen sind bildhafte Vorstellungen, die sich auf gelingende oder auch misslingende Interaktionsprozesse beziehen. Es geht nicht um Nähe und Distanz an sich, sondern um ein jeweils als ‚richtig‘ empfundenes Mass von Nähe und Distanz.“ (2012, S. 7)

5.3.1 Nähe im Beratungsprozess

Nähe wird nach Thomann und Schulz von Thun im zwischenmenschlichen Umgang folgendermassen definiert: „Eine Bindung sowie das Bedürfnis nach zwischenmenschlichem, sozialen Interessen, Geborgenheit, Zärtlichkeit ebenso nach Bestätigung und Harmonie, Mitgefühl und Mitleid bis hin zur Selbstaufgabe, wird meist angestrebt“ (2000, S. 194).

Durch diese Definition wird deutlich, dass Nähe etwas mit einer Bindung bzw. Beziehung zwischen zwei oder mehreren Menschen zu tun hat. Thierygärtner meint, dass Nähe die Voraussetzung für eine helfende Beziehung in der Sozialen Arbeit ist (2006, S. 26). Nähe zu vermitteln und zuzulassen, ist für den professionellen Beziehungsaufbau wichtig, da nur dadurch ein Arbeitsbündnis hergestellt werden kann (Gaus & Uhle, 2009, S. 25-28). Durch Nähe wird eine Vertrauensbasis zwischen Sozialarbeitenden und der Klientel hergestellt, welche für eine konstruktive Zusammenarbeit unabdingbar ist (Gaus & Drieschner, 2011, S. 24), weil die Klientinnen und Klienten eine offene Haltung einnehmen können (S. 15), da sie sich akzeptiert, anerkennt und sicher fühlen (Thiersch, 2012, S. 38). Der Klientel gelingt es mithilfe von Nähe Vertrauen in sich selbst, aber auch in das Gegenüber aufzubauen (S. 38).

Autoren wie Thiersch (2009, S. 124), Dörr und Müller (2012, S. 8) und Hoffmann und Castello (2014, S.10) verwenden im Zusammenhang mit der Nähe, Begriffe wie: Liebe, Akzeptanz, Vertrauen, Zuneigung, Schutz, Verlässlichkeit oder Geborgenheit. Diese Sammlung von Begriffen zeigt auf, dass sich trotz der Alltagsverwendung eine grosse Vielfältigkeit hinter dem Begriff „Nähe“ verbirgt und durchaus mit positiv bewertenden Begrifflichkeiten in Verbindung gebracht wird.

Damit die Klientin bzw. der Klient in einer Beziehung wachsen kann, damit sich die Klientel verstanden fühlt und damit sich die Klientin oder der Klient als eigenständiger Mensch fühlen kann, sind gemäss Rogers die drei Beratervariablen Kongruenz, Empathie und Wertschätzung bei Beratungsgesprächen zentral (Carl Rogers, 2000). Heiner meint, dass diese Grundhaltung in Bezug auf die Herstellung der Nähe förderlich ist (2010, S. 131). Auch Kleve meint, dass diese drei Variablen für einen konstruktiven Gesprächsverlauf entscheidend sind (2005, S. 22).

Thiersch hat sich innerhalb seines Konzeptes der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit mit der Rolle der Nähe und Distanz auseinandergesetzt (2012, S. 32-33). Wie der Name des Konzeptes bereits verrät, orientieren sich Sozialarbeitende an der Lebenswelt der Klientel. Dadurch, dass sich die Soziale Arbeit am Alltag der Klientinnen und Klienten orientiert, entsteht eine grosse Nähe zu den Betroffenen (Grundwald & Thiersch, 2015, S. 934).

Der Alltag kann nach Thiersch in drei Bereiche (Zeit, Raum und soziale Beziehungsmuster) unterteilt werden, in denen das Verhältnis von Nähe und die Distanz unterschiedlich differenziert wird (2012, S. 33-34). Thiersch nimmt an, dass im Bereich der Zeit die Nähe durch gemeinsam Erlebtes hergestellt wird. Werden Lebensräume bekannt und zugänglich gemacht, dann wird gemäss Thiersch räumliche Nähe hergestellt. Durch die Rollenzuschreibung wie beispielsweise Mutter oder Bruder, wird in sozialen Beziehungsmustern die Nähe erkennbar bzw. hergestellt (S. 33-35). Folglich kann auch die Rollenzuschreibung zwischen Sozialarbeitenden und Klientel zu einer Nähe führen. Nebst all dem sind eine offene Haltung sowie eine authentische Einstellung der Fachkräfte dienlich, um Nähe mit der Klientel herzustellen und auch zuzulassen (S. 45).

Auch Colla (2015) unterstützt diese Theorie. Er ist davon überzeugt, dass Nähe nur hergestellt werden kann, wenn Fachkräfte nebst einer pädagogischen Haltung (selbstloses Interesse am Wohlergehen und der Entwicklung der Klientel sowie selbstlose Liebe und bedingungslose Anerkennung und Identifikation) (S. 987) auch ein respektvolles, fürsorgliches und verantwortungsbewusstes Verhalten gegenüber der Klientel zeigen (Colla & Krüger, 2013, S. 31).

Dörr und Müller meinen, dass es Sozialarbeitenden nur gelingt, Problemfälle kommunikativ auszulegen, wenn nebst Fach- und Fallwissen auch intuitive und persönliche Erfahrungen miteingebracht werden (2012, S. 9). Wenn Sozialarbeitende aber emotional zu verstrickt sind, laufen sie in Gefahr die notwendige Sachlichkeit und die Rationalität zu vernachlässigen (Tetzer, 2009, S. 107). Damit professionelles Handeln und eine professionelle Beziehungsgestaltung dennoch gelingen können (S. 107), muss trotz Nähe auch eine angemessene Distanz eingehalten werden.

5.3.2 Distanz im Beratungsprozess

Im folgenden Kapitel wird auf den Begriff „Distanz“ eingegangen. Die Distanz wird als widersprüchlichen Charakter zur Nähe verstanden und dient zur Verhinderung von zu starker Nähe (Dahm & Kunstreich, 2011, S. 637). In der Literatur wird meist von zwei Polen gesprochen, welche zusammenhangslos betrachtet werden. Doch es stellt sich der Autorenschaft die Frage, ob diese zwei Begrifflichkeiten nicht in einer Wechselseitigkeit betrachtet

werden müssten. Fakt ist, dass die Regulierung von Nähe und Distanz zu den Handlungskompetenzen von Fachkräften zählen (Gräber, 2015, S. 329).

Hinsichtlich zwischenmenschlicher Beziehungen haben Schulz von Thun und Thomann die Distanz folgendermassen erläutert: „Hier äussert sich der Wunsch nach Abgrenzung von anderen Menschen (...). Die Betonung liegt auf der Einmaligkeit, der Freiheit und Unabhängigkeit, Unverbundenheit und Autonomie.“ (2000, S. 194). In der Fachliteratur der Sozialen Arbeit tauchen im Zusammenhang mit der Distanz unter anderem Begriffe wie Selbständigkeit und Freiheit (Thiersch, 2009, S. 129), Neutralität oder Sachlichkeit (Müller, 2012, S. 147) auf. Aus Sicht der Sozialen Arbeit wird der Begriff Distanz auch mit Selbstschutz und Objektivität in Verbindung gebracht (Dahm & Kunstreich, 2011, S. 637). Dadurch wird deutlich, dass auch der Begriff „Distanz“ sehr vielseitig ist.

Gemäss Junker wird die Distanz als Grenze bezüglich der Empathie und Identifikation verstanden (zit. nach Schäfer, 2010, S. 61). Die Distanz ist in der Praxis der Sozialen Arbeit besonders für Fachkräfte wichtig, damit sie sich trotz der Emotionalität selbst schützen, objektiv bleiben und beobachten können (Dörr & Müller, 2012, S. 14), dies dient auch zum Schutz der Betroffenen (Löschner, 2016, S. 14). Professionelle müssen im Gegensatz zu Laien in der Lage sein, eine Distanzierung bewusst herbeizuführen, um ihr eigenes Handeln mithilfe einer Metaperspektive kritisch zu reflektieren (Gaus & Drieschner, 2011, S. 24), somit handlungsfähig bleiben (Schäfer, 2010, S. 61) und nach Dienstschluss abschalten zu können (Dahm & Kunstreich, 2011, S. 637).

Sowohl Heiner (2010, S. 130) als auch Thiersch (2012, S. 41) weisen bei der Thematik Distanz auf die Unterscheidung zwischen privaten und beruflichen Beziehungen hin. Da in beruflichen Beziehungen mit Zielsetzungen und Aufgaben gearbeitet wird, ist der Umfang und der Inhalt der Beziehung automatisch begrenzter als die Beziehung unter Privaten (Heiner, 2010, S. 130; Dahm & Kunstreich, 2011, S. 640). Für Sozialarbeitende ist es wichtig, dass sie trotz der Alltagsnähe die nötige Distanz wahren (Heiner, 2010, S. 130). Thiersch meint, dass diese Distanz dadurch entsteht, dass Fachkräfte (meist) keinen Teil der Lebenswelt der Klientinnen und Klienten sind. Die Klientel ist lediglich ein Teil des Berufsalltages der Sozialarbeitenden. Somit sind Fachkräfte nicht auf das Lob, die Anerkennung oder die Bestätigung ihrer Klientel angewiesen, „ihre Leistung bestimmt sich nach den professionellen Standards“ (2012, S. 41). Eine professionelle Fachkraft zeichnet sich dadurch aus, dass es ihr trotz der Alltagsnähe gelingt eine Distanz durch theoretisches Hintergrundwissen zu schaffen (S. 41). Nur durch diese Distanzierung gelingt ihr eine objektive Hinterfragung der Alltagserfahrungen der Klientel, das Wahrnehmen komplexer Zusammenhänge und das Schaffen neuer Blickwinkel für eine optimale Unterstützung. In den Bereichen Raum, Zeit und soziale Beziehungsmuster kann nicht nur wie oben erwähnt Nähe hergestellt werden, sondern auch Distanz. So kann wie

erwähnt die Rollenzuschreibungen und den zusammenhängenden Beziehungsmustern nach Thiersch auch zu Distanz führen (2012, S. 33), unter anderem durch bedeutungslose Inhalte. Spricht die Klientel weder über die Vergangenheit noch über die Zukunft, so wird im Bereich der Zeit, eine Distanz zwischen Klientel und Sozialarbeitendem geschaffen. Eine räumliche Distanz wird hergestellt, wenn beispielsweise gewisse Bereiche - Mikro- und Mesosysteme - nicht zugänglich sind (S. 33-43).

Damit Klientinnen und Klienten sich entwickeln können und an Selbständigkeit gewinnen, ist es notwendig, dass Fachkräfte die Distanz wahren (Thiersch, 2009, S. 129). Die Klientel benötigt für das Entwickeln der Selbständigkeit Freiraum und Anerkennung für die Entwicklungsversuche (S. 129). Ziel sollte es sein, dass Sozialarbeitende ihr Klientel soweit zur Selbständigkeit fördern, dass sie als Fachkräfte überflüssig werden und sich zurückziehen können (Colla & Krüger, 2013, S. 35).

Wie zu Beginn dieses Kapitels erwähnt, wurde die These aufgestellt, dass obwohl die Begrifflichkeiten Nähe und Distanz auf den ersten Blick voneinander unabhängig erscheinen mögen, sie in einer Wechselwirkung stehen. Diese Annahme bestätigt Thiersch (2012) in dem er sagt, dass Nähe auf Distanz und Distanz auf Nähe verweist. Nähe gelingt, wo auch Distanz gegeben ist und Distanz wo sie sich auf Nähe beziehen kann (S. 35). Auch Gaus und Drieschner sind der Meinung, dass eine professionelle Distanzierung die Reflexion von Handlungen ermöglicht und dies zu einem besseren Verständnis, zu höherer Empathie und somit zu Nähe führt (2011, S. 152).

Während der Ausführung der Begrifflichkeiten wurde immer wieder auf die Beratung- und Beziehungsgestaltung hingewiesen. Mutzeck (1977) schreibt dazu: „Als Basiselemente eines Vertrauensverhältnisses gelten Offenheit, Sicherheit und ein angenehmes (positives) Nähe-Distanz-Verhältnis“ (S. 60). Dies wurde auch durch interviewte Fachkräfte bestätigt (Dahm & Kunstreich, 2011, S. 636). Im nächsten Kapitel wird nun wie angekündigt auf die Wechselbeziehung zwischen Nähe und Distanz in der Sozialen Arbeit bzw. in der Beziehungsgestaltung eingegangen.

5.4 Balance von Nähe und Distanz

Dieses Kapitel dient dazu, auf die Ausführung und Notwendigkeit des Nähe- und Distanzverhältnisses einzugehen. Folgende Fragen sollen nachfolgend beantwortet werden: Weshalb benötigen wir Nähe und Distanz im Beratungsprozess? Wie wird Nähe und wie wird Distanz hergestellt? Wer entscheidet über das korrekte Mass der beiden Begrifflichkeiten?

Die Adressatinnen und Adressaten der Sozialen Arbeit haben in ihrem Leben oft Beziehungsabbrüche und Unterbrüche erlebt, weshalb es für sie wichtig ist, dass Fachkräfte ihnen mit einer wertschätzenden und offenen Haltung begegnen (Schäfter, 2010, S. 61). Zudem schämen sich viele der Klientinnen und Klienten und haben Angst, wenn sie sich bezüglich ihrer Schwierigkeiten und Problemen öffnen müssen. Durch diese Selbstöffnung sind sie verletzlich und haben deshalb das Bedürfnis nach Nähe (S. 61-62). Mithilfe von Erforschungen in der Neurobiologie konnte eruiert werden, dass Nähe im Beratungs- und Beziehungsprozess wichtig ist, weil sie eine vertrauensvolle Grundlage für Kooperation schafft (Gaus & Drieschner, 2011, S. 24) und einen positiven Effekt auf die Entwicklung hat (S. 21). Im Gegenzug dazu ist die Distanz wichtig, damit sich die professionelle Beziehung von einer Alltäglichen unterscheidet und nicht übergriffig wirkt (S. 24). Es ist erforderlich, dass die Nähe und die Distanz richtig dosiert eingesetzt werden, weil man als Fachperson sonst in Gefahr läuft, bei zu viel Nähe die Klientel einzuengen oder zu beschränken. Zu viel Distanz kann dazu führen, dass die Klientel sich haltlos fühlt, weil sie das Gefühl hat, dass die Fachkraft unachtsam oder desinteressiert ist (Katholisches Netzwerk Kinderschutz, n.d.).

Schäfter (2010) hat sich in ihrem Buch „Die Beratungsbeziehung in der Sozialen Arbeit eine theoretische und empirische Annäherung“, mit der Notwendigkeit der Nähe und Distanz auseinandergesetzt. Sie meint, dass es Beratenden gelingen muss, sich trotz emotionaler Anteilnahme zu distanzieren, damit Fachkräfte auch bei gefühlsmässigen Beziehungen handlungsfähig bleiben (S. 61). „Die emotionale Nähe ist also Voraussetzung aber auch Gefahr“ (Schäfter, 2010, S. 61). Da die Fachkräfte für die Beziehung verantwortlich sind, gehört das Ausbalancieren von Nähe und Distanz als Herausforderung zu ihren Kernaufgaben. Dazu benötigen Sozialarbeitende besondere Aufmerksamkeit aber auch Sensibilität, sie richten sich nach den Bedürfnissen ihrer Klientel und nehmen eine zuhörende Rolle ein (S. 61-62). Das bedeutet, dass wenn eine Klientin oder ein Klient personenbezogene Aufgaben ablehnt, Fachkräfte die Ablehnung, Begrenzung oder die Distanz zu akzeptieren und zu respektieren haben (S. 63). Dies erfordert nach Heiner vom Fachpersonal unter anderem viel Taktgefühl (zit. nach Schäfter, 2010, S. 63).

Das Bedürfnis nach Distanz kann sich sowohl seitens der Klientel, als auch auf Seiten der Sozialarbeitenden entwickeln. Verstehen Klientinnen und Klienten die gebende und wertschätzende Haltung der Sozialarbeitenden als Freundschaftsangebot, so kann es gemäss Seibert passieren, dass Fachkräfte sich um ihre Privatsphäre sorgen und somit das Bedürfnis nach Distanz entsteht (S. 62). Geisser meint: „Distanz ist eine Grundregel der Sozialpsychologie, die der Aufrechterhaltung von Autorität und Fachkompetenz dient“ (zit. nach Schäfter, 2010, S. 63). Die Distanzierung dient auch dazu, eine Überbeanspruchung der Fachkräfte zu verhindern und so präventiv bezüglich eines Burnouts zu wirken (Haas, 2014,

S. 48). Auf die Folgen der Nichteinhaltung des Balanceaktes Nähe und Distanz wird im Verlaufe des nächsten Kapitels noch eingegangen. Das Bedürfnis nach Distanz kann bei der Klientel dann entstehen, wenn sie sich z.B. bevormundet oder kontrolliert fühlt (Schäfter, 2010, S. 62).

In den vergangenen Kapiteln wurde nun ausführlich darauf eingegangen was unter den Begriffen der Nähe und der Distanz im Beratungs- und Beziehungsprozess verstanden wird. Um zu verdeutlichen wie nun Nähe und Distanz im Praxisalltag hergestellt werden kann, wird im nächsten Kapitel auf die Anwendung dieser beiden Begriffe eingegangen. Dies wird als Vorbereitung auf die noch ausstehende Fragestellung, wie Distanz in der Zusammenarbeit mit Menschen mit Depressionen geschaffen werden kann, getan.

5.4.1 Anwendung von Nähe und Distanz in der Sozialen Arbeit

Auch wenn in der Fachliteratur die Wichtigkeit und die Herausforderung von Nähe und Distanz ausgeführt wird, wird nur selten darauf eingegangen, mit welchen Techniken und konkreten Haltungen Nähe und Distanz „richtig“ angewendet wird. Im Folgenden wird dies mithilfe vorhandener Fachliteratur und den Ergebnissen der empirischen Forschungen (vgl. Kapitel 5.2.1) getan. Da die Autorenschaft - anlässlich der Ausbildungs- und Vorpraktika - bereits in der Sozialen Arbeit tätig waren, fliessen in diesem Kapitel auch eigene Erfahrungswerte mit ein. Ziel dieses Kapitels ist es, dass sich die Leserschaft unter den immer noch komplexen Begriffen (Nähe und Distanz) etwas Konkretes vorstellen kann.

5.4.1.1 Herstellung von Nähe

Gräber interviewte eine Sozialarbeiterin um der Frage nach der Metapher von Nähe und Distanz auf den Grund zu gehen (2015, S. 329). Gräber fiel auf, dass die Sozialarbeiterin grossen Wert auf ein nahes und enges Verhältnis zu ihren Klientinnen und Klienten legt (S. 330). Durch die Analyse des Transkripts konnte Gräber die folgenden Komponenten eruieren, die zu Nähe führen können (S. 329-333). Auch Dahm und Kunstreich führten einige Interviews mit Fachkräften durch, um mehr über die Anwendung von Nähe und Distanz zu erfahren. Ihre Ergebnisse fliessen ebenfalls in die folgende Auflistung ein (2011, S. 637-645). So auch die Ergebnisse der Experteninterviews von Löschner (2016, S. 28).

Strukturelle Rahmenbedingungen

Die Träger der Sozialen Arbeit (Organisationen) sind dafür verantwortlich, dass die strukturellen Rahmenbedingungen zur Verfügung gestellt werden, damit die fachliche Alltagsnähe hergestellt werden kann (Müller, 2007, S. 149). Fachkräfte sind auf diese angewiesen, damit sie der Erfüllung ihrer Aufgaben nachgehen können (Berufseinsteiger, 2017). Im Falle der befragten Sozialarbeiterin, führte die Tatsache, dass die Bewohnerinnen und Bewohner über Jahre von den Sozialarbeitenden begleitet und unterstützt werden, zu

Nähe (Gräber, 2015, S. 330). Dahm und Kunstreich wurden darauf aufmerksam, dass je besser die Arbeitsbedingungen beschrieben werden, desto positiver auch von den Beziehungen zur Klientel berichtet wurde (2011, S. 639).

Das Wissen über die Klientel

Die Fachkraft erklärte im Interview, dass durch das langfristige Begleiten, das Wissen über die Bewohnerschaft immer grösser wird. Man führt oft gemeinsame Gespräche, was dazu führt, dass sich die Klientel mehr und mehr öffnet. Das Wissen über die Bewohnerinnen und Bewohner stellt demnach Nähe her (Gräber, 2015, S. 330). Die Autorenschaft vermutet, dass dies damit zu tun hat, dass die Klientel gegenüber den Sozialarbeitenden nicht mehr fremd erscheint, sondern durch ihre Geschichten Persönlichkeiten erhalten.

Gemeinsame Erfahrungen

Im Interview berichtete die Sozialarbeiterin davon, dass die Fachkräfte und Klientel wie eine Familie seien. Man freut sich füreinander und leidet miteinander (S. 330). Die Autorenschaft vermutet, dass durch die gemeinsamen Erfahrungen das Gemeinschaftsgefühl wächst und man sich daher näher fühlt. Die interviewte Sozialarbeiterin ist in der Flüchtlingshilfe tätig und begleitet ihr Klientel über längere Zeit. Sozialarbeitende, welche beispielsweise auf einem Sozialdienst arbeiten, begleiten ihre Klientel freilich auch über längere Zeit, doch sehen sie diese nur ein bis zwei Mal pro Monat. Diese Tatsache reduziert sowohl die gemeinsamen Erfahrungen, als auch das private Wissen über die Klientel.

Das Arbeitsbündnis

Das Arbeitsbündnis kommt zu Stande, indem gemeinsam (Sozialarbeitende und Klientel) Regeln, Ziele und Vereinbarungen festgelegt werden. Dieses Arbeitsbündnis wird meist in der Anfangsphase vereinbart und begleitet beide Parteien über den Beratungsprozess hinweg (Universität Hamburg, 2017). Diese vereinbarten Ziele und Regeln schaffen eine gemeinsame Arbeitsbasis und somit auch Nähe (Gräber, 2015, S. 330). Wichtig ist hier der Aspekt der Freiwilligkeit. Die Klientel muss den Nutzen der Massnahme erkennen (Löschner, 2016, S. 16), damit eine gemeinsame Zusammenarbeit gelingen kann. Die Autorenschaft hat die Erfahrung gemacht, dass es von Vorteil ist, diese Ziele und Vereinbarungen schriftlich festzuhalten und laufend gemeinsam mit der Klientin oder dem Klienten zu überprüfen und wenn nötig anzupassen. Das hilft beiden Parteien, das Ziel nicht aus den Augen zu verlieren.

Sympathie und Zugehörigkeitsgefühl

Je nachdem, wie sympathisch das Gegenüber erscheint, lässt man mehr oder weniger Nähe zu (Schäfter, 2010, S. 63). Die durch Gräber interviewte Fachkraft berichtete mehrfach, dass sie sich mit einer bestimmten weiblichen Bewohnergruppe gut versteht. Sie begründete dies damit, dass sie deren Sprache beherrscht und sich deshalb der Gruppe zugehörig fühlt. Durch

das Zugehörigkeitsgefühl lässt sie als Fachkraft mehr Nähe zu als sonst (2015, S. 330). Die Autorenschaft muss hier anfügen, dass es für Sozialarbeitende wichtig ist, sich in solchen Situationen zu reflektieren, damit Benachteiligungen und Bevorzugungen verhindert werden können. Gemäss Dahm und Kunstreich (2011) erleichtert Sympathie den Berufsalltag von Fachkräften (S. 638).

Gesprächstechniken

Nussbeck meint, dass unter anderem die Beherrschung von Gesprächstechniken zu den Kernkompetenzen von Sozialarbeitenden zählen sollte (2014, S. 111). Besonders wichtig sind in der Sozialen Arbeit die Fragetechniken, weil sie dazu dienen, Informationen zu beschaffen (Haufe, n.d.). Fragen dienen nicht nur dazu, vorwärts zu kommen, Informationen zu beschaffen und Zeit zu gewinnen, sondern auch dazu, auf das Gegenüber einzugehen. Durch das Nachfragen wird Interesse und Zuwendung vermittelt (n.d.). Auch andere Gesprächstechniken wie beispielsweise das Verbalisieren von Gefühlen oder das aktive Zuhören zeigen dem Gegenüber, dass er bzw. sie ernst genommen wird und seine bzw. ihre Anliegen im Zentrum des Geschehens stehen (Widulle, 2012, S. 104-106). Ziel der Fachkraft sollte es sein, eine angenehme Gesprächsatmosphäre zu schaffen (Kleve, 2005, S. 22). Die Autorenschaft hat die Erfahrung gemacht, dass es wichtig ist, die Techniken zum richtigen Zeitpunkt einzusetzen, weil der Fokus aus den Augen geraten könnte und die Gefahr besteht, dass das Gespräch künstlich wirkt.

Die innere und äussere Haltung

Wie bereits in den vergangenen Kapiteln erwähnt, sollten die drei Beratervariablen (Empathie, Kongruenz und Wertschätzung) nach Rogers (Carl Rogers, 2000) nicht bloss Techniken für Sozialarbeitende sein, sondern eine innere Werthaltung gegenüber der Klientel verkörpern. Diese Grundhaltung ist unterstützend in Bezug auf die Herstellung von Nähe (Heiner, 2010, S. 131). Indem Fachkräfte Anteilnahme zeigen und sich von den Problemlagen ihrer Klientel bewegen lassen, vermitteln sie Nähe. Weiter schaffen Sozialarbeitende Nähe, indem sie ihren Klientinnen und Klienten wertfrei, zugewandt und offen begegnen (Kleve, 2005, S. 22). Ziel ist es, die Betroffenen zu entlasten, indem keine Gegenleistung gefordert wird (Schäfter, 2010, S. 62). In der Praxis ist es leider so, dass es in gewissen sozialarbeiterischen Settings nicht möglich ist, keine Gegenleistung zu fordern. Die Klientel muss beispielsweise auf dem RAV monatlich die Arbeitsbemühungen pünktlich einreichen, damit keine Sanktionen ausgesprochen werden. Die Autorenschaft hat die Erfahrung gemacht, dass es Betroffene besonders schätzen, wenn seitens der Sozialarbeitenden transparent gearbeitet wird, weil ein transparenter Arbeitsstil Vertrauen und Mitwirkung verschafft.

Die einzelnen Bereiche hätten noch vertieft werden können, doch der Fokus dieser Arbeit liegt nicht auf der Frage, wie Nähe hergestellt wird, sondern wie es Sozialarbeitenden gelingt, sich von der negativen Grundeinstellung Depressiver zu distanzieren. Bevor diese Frage aber beantwortet werden kann, muss aufgezeigt werden, wie es Sozialarbeitenden allgemein gelingt, sich im Beratungsprozess zu distanzieren.

5.4.1.2 Herstellung von Distanz

Trotz der Nähe ist es für die Klientel sowie auch für Sozialarbeitende wichtig, dass eine gewisse Distanz zur jeweils anderen Partei gewahrt wird (Dahm & Kunstreich, 2011, S. 635). In der Praxis kann sowohl Distanz, wie auch Nähe auf verschiedenste Weisen erzeugt werden. Für die folgende Auflistung werden Erkenntnisse aus der Forschung, der Fachliteratur sowie Erfahrungen der Autorenschaft verwendet. Ziel dieses Kapitels ist es, einen ersten Einblick in die Anwendungsmöglichkeiten in Bezug auf die Distanz, zu erhalten. Auf die spezifische Anwendung in Bezug auf die negative Grundeinstellung depressiver Menschen, wird im Verlaufe dieser Arbeit noch ausführlich eingegangen (vgl. Kapitel 9).

Die festgelegten Rollen

Wie bereits erwähnt, sind in einer professionellen Beziehungsgestaltung im Gegensatz zu privaten Beziehungen die Rollen klar definiert (Dahm & Kunstreich, 2011, S. 642). Durch die Einnahme der Rolle des Sozialarbeitenden wird eine Distanz geschaffen (Gräber, 2015, S. 332), weil die Aufgabenverteilung dadurch deutlich wird. Die Beziehung zwischen Klientel und Fachkraft basiert nicht auf einer freundschaftlichen Basis, sondern ist aufgaben- und lösungsorientiert (Dahm & Kunstreich, 2011, S. 640). Das sozialarbeiterische Setting ist somit funktional asymmetrisch (Riegler, 2016, S. 125). Es ist wichtig, dass Fachkräfte Regeln und Grenzen deutlich kommunizieren und Nichteinhaltungen sanktionieren (Löschner, 2016, S. 16-17), weil sie ihrem Aufgabengebiet nur so gerecht werden können. Zudem muss die Intimität der Sozialarbeitenden bewahrt werden (Schäfter, 2010, S. 61). Die Autorenschaft hat im Praxisalltag festgestellt, dass die klare Festlegung der Rollen sowie des Auftrages und des Rahmens zu Beginn eines Beratungsprozesses mit der Klientel zu einer Distanz führt.

Die Hierarchie, das Machtverhältnis und die Autorität

Durch die verschiedenen Rollen in einer professionellen Beziehung entstehen Hierarchien. Diese können eine Distanz zwischen Klientel und Fachkraft begünstigen (Gräber, 2015, S. 333). Die Autorenschaft hat in den Praktika die Erfahrung gemacht, dass sich die Klientel meist in einer niedrigeren Hierarchiestufe im Vergleich zu Sozialarbeitenden befindet (vgl. dazu Art. 28 SHG, Pflichten). Durch die unterschiedlichen Hierarchiestufen, entsteht ein unausgeglichenes Machtverhältnis (Löschner, 2016, S. 15). Die interviewte Sozialarbeiterin erklärte in diesem Zusammenhang, dass die Bewohnerinnen und Bewohner des Flüchtlings-

heim die Lernenden und die Fachkräfte die Lehrenden sind (Gräber, 2015, S. 333). Diese Aussage widerspiegelt die gegebene Hierarchie. Auch Löschner empfiehlt die Zuweisung der hierarchischen Rollen zu beachten (2016, S. 61). Die Autorenschaft hat die Erfahrung gemacht, dass diese Hierarchie kaum auflösbar ist. Es ist aber wichtig, dass sich Sozialarbeitende dieser Hierarchien bzw. dieser Machtverhältnisse bewusst sind, und sie nicht zu ihren Gunsten ausnutzen.

Kontrollfunktion

Die interviewte Sozialarbeiterin berichtete, dass sie als Fachkräfte dazu befugt sind, Regeln festzulegen und die Einhaltung derer auch durchzusetzen (Gräber, 2015, S. 332). Fachkräfte nehmen in vielen Settings der Sozialen Arbeit nebst der Unterstützungsfunktion eine Kontrollfunktion ein (Löschner, 2016, S. 16). Diese Tatsache begünstigt eine Distanzierung, weil sie die Rollenverhältnisse nochmals verdeutlicht. In ihren Praktika hat die Autorenschaft gemerkt, dass es wichtig ist, Aufgaben und Regeln klar und transparent zu formulieren, damit Fehlinterpretierungen seitens der Klientel möglichst vermieden werden.

Institutionelle Rahmenbedingungen

Genauso wie institutionelle Rahmenbedingungen Nähe herstellen können, können sie eine Distanzierung begünstigen. So begleitete die interviewte Sozialarbeiterin ihre Bewohnerinnen und Bewohner beispielsweise über Jahre hinweg, in anderen Settings - wie z.B. auf Sozialdiensten -, finden monatlich maximal 1-2 Gespräche statt (Gräber, 2015, S. 330). Die Autorenschaft hat die Erfahrungen gemacht, dass je grösser die Zeitabstände zwischen den Gesprächsterminen sind, desto schwerer ist es für Sozialarbeitende Nähe herzustellen.

Othering

Gräber dokumentierte, dass die interviewte Sozialarbeiterin immer von wir (die Sozialarbeitenden) und denen (die Bewohnerinnen und Bewohner) gesprochen hat (2015, S. 331). Dieses Phänomen wird als „Othering“ (den Anderen fremd machen) bezeichnet. Die Anderen werden meist als fremd angesehen und die eigene „Gruppe“ als homogen wahrgenommen (Erwachsenenbildung, 2013). Diese Kategorisierung führt ebenfalls zu einer Distanz, weil man sich seiner eigenen Gruppe immer näher fühlt als der Anderen (Löschner, 2016, S. 16).

Pauschalisieren, Generalisieren

Gräber (2015) stellte bei der Analyse ihres Interviews fest, dass die interviewte Sozialarbeiterin sehr oft pauschalisierte (S. 333). Sie sprach beispielsweise von Menschen aus Afrika, obwohl Afrika ein Kontinent mit vielen verschiedenen Ländern ist (S. 333). Durch das Pauschalisieren wird ebenfalls eine gewisse Distanz hergestellt, weil Informationen bezüglich dieser Personen fehlen. Für Sozialarbeitende ist es wichtig, dass sie ihre Gedankengänge reflektieren und

Pauschalisierungen kognitiv wahrnehmen und hinterfragen, damit diese schnellstmöglich wieder abgebaut werden können.

Sachgespräche

Im Unterschied zu Privatgesprächen sollten professionelle Gespräche trotz Empathie sachlich bleiben und auf Fakten beruhen. Unterstützt wird dies durch einen formalen Umgang (Sie statt Du, Beziehung auf beruflicher Ebene) mit der Klientel (Löschner, 2016, S. 14-15). Dies ist ebenfalls ein entscheidender Faktor, wie trotz der Nähe, Distanz hergestellt wird. Es ist wichtig, dass sich die Klientel bewusst ist, dass Fachkräfte keine Freunde sind. Dahm und Kunstreich haben durch ihre Interviews erfahren, dass das Ausmass der Bekanntgabe von privaten Details seitens der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen unterschiedlich ist (2011, S. 638) und im Einzelfall (je nach Diagnose) angeschaut werden muss (S. 643).

Körpersprache und Raumgestaltung

Wie bereits Watzlawick sagte: „Man kann nicht nicht kommunizieren“ (Paul Watzlawick, n.d.). Wir kommunizieren auch mit unserem verbalen und paraverbalen Verhalten (Paul Watzlawick, n.d.). Deshalb ist es für Fachkräfte wichtig, dass ihre Körperhaltung und Mimik, etc. mit dem Gesprochenen übereinstimmt (Korrelation). Durch professionelles Auftreten und die korrekte Körperhaltung wird ebenfalls eine gewisse Distanz hergestellt. Auch die Raumgestaltungen und Sitzordnungen nehmen in diesem Bereich eine wichtige Bedeutung ein. Es sagt beispielsweise viel darüber aus, wie die Fachkraft und die Klientel am Tisch sitzen. Wenn Sozialarbeitende z.B. mit geradem Rücken auf ihrem Stuhl sitzen und die Hände sichtbar auf dem Tisch ablegen, und sich einen Platz suchen, bei dem es ihnen gelingt mit der Klientel Blickkontakt zu halten, wirkt das vermutlich auf das Gegenüber professioneller, als wenn man fast unter dem Tisch liegt oder mit den Händen unter dem Tisch spielt.

Im Interview meinte die Sozialarbeiterin, dass sie im Wohnheim sind und die Bewohnerinnen und Bewohner dazu kommen (Sozialarbeitende als Fixpunkte der Organisation, Bewohnerinnen und Bewohner fluktuieren). Diese Aussage zeigt ebenfalls eine gewisse Distanz auf, weil sie darauf aufmerksam macht, dass sie diejenigen sind die fest dortbleiben und die Anderen nur kommen und gehen (Gräber, 2015, S. 332).

Durch die Auflistung wurde aufgezeigt, dass Nähe und Distanz keine sich ausschliessenden Grössen sind. Sogar wenn von Nähe gesprochen wird, beinhaltet diese Bezeichnung eine Entfernung zwischen zwei Positionen. Es stellt sich abschliessend noch die Frage, wer im Beratungsprozess über das richtige Mass von Distanz und Nähe entscheidet, und wie dieses angewendet wird?

5.4.1.3 Richtige Balance zwischen Nähe und Distanz

Auf die obengenannten Fragen kann es keine abschliessenden Antworten geben. „Nähe und Distanz sind Parameter, die immer wieder neu bestimmt werden müssen“ (Dahm & Kunstreich, 2011, S. 645). Auch Schäfter meint, dass es keine „normative oder absolute Festlegung“ gibt (2010, S. 63). Die Bestimmung von Nähe und Distanz muss von Sozialarbeitenden fallspezifisch und situativ festgelegt werden (Dahm & Kunstreich, 2011, S. 637). Dies hat auch damit zu tun, dass Nähe und Distanz sowohl an den Bedürfnissen der Klientel angepasst werden müssen, aber auch an den Bedürfnissen der Fachkraft (S. 643). Schäfter meint: „Fachliche und persönliche Fähigkeiten der Berater sind dafür (Balance Nähe und Distanz) ebenso Determinanten wie persönliche Fähigkeiten der Klienten, die individuelle Passung zwischen Berater und Klient, institutionelle bzw. konzeptionelle Vorgaben und die Situation bzw. die gemeinsame Geschichte“ (2010, S. 63). Die Autorenschaft vermutet, dass besonders in pädagogischen Einrichtungen, die Nähe-Distanz-Balance anders gehandhabt wird, als beispielsweise in der gesetzlichen Sozialen Arbeit. „Eindeutige Verhaltensregeln für jede Situation kann es nicht geben, jedoch Grundhaltungen und einen gültigen Verhaltenskodex, der für alle in einer Einrichtung tätigen Menschen verbindlich ist“ (Katholisches Netzwerk Kinderschutz, n.d.).

Spannend war, dass Dahm und Kunstreich durch ihre Interviews herausfanden, dass die Gestaltung einer professionellen Beziehung selten in der Ausbildung thematisiert wurde, „bzw. wenn sie thematisiert wurde, haben diese die Interviewten aber nicht nachhaltig beeinflusst“ (2011, S. 638). Als Unterstützung absolvierten die Befragten entweder Weiterbildungen, suchten kollegiale Fallberatungen oder nutzen Supervisionen (S. 638). Auch Löschner meint, dass im Umgang mit Nähe und Distanz ein Austausch mit Kollegen wichtig ist (2016, S. 61).

5.5 Zwischenzusammenfassung

Damit der Überblick trotz der umfangreichen Arbeit behalten werden kann, wird hier nochmals das Wichtigste des vergangenen Kapitels „Distanzierung“ festgehalten. Die Nähe und Distanz Regulierung gehört zu den Kernkompetenzen eines Sozialarbeitenden (Nussbeck, 2014, S. 111). Sie ist eine wichtige Komponente in der Beziehungsgestaltung zwischen Fachkraft und Klientel. Trotz der unbestrittenen Wichtigkeit dieser Thematik, gibt es kaum Fachliteratur, die Aufschluss über die Anwendung dieser beiden Begriffe gibt (Gräber, 2015, S. 329).

Mithilfe von Nähe kann eine Vertrauensbasis hergestellt werden, die für eine konstruktive Zusammenarbeit notwendig ist (Gaus & Uhle, 2009, S. 24). Zum Eigenschutz (Handlungsfähigkeit, Objektivität, emotionale Grenze, etc.) und zum Schutz der Betroffenen (Manipulation, Übergriff, etc.) ist es wichtig, dass trotz der Nähe eine angemessene Distanz eingehalten wird (Dörr & Müller, 2012, S. 14). Nähe kann unter anderem beispielsweise durch institutionelle

Rahmenbedingungen, gemeinsame Erfahrungen und die innere und äussere Haltung einer Fachkraft hergestellt werden. Distanz hingegeben kann unter anderem durch die Rollenklarheit, die Körperhaltung und die Kontrollfunktion erzeugt werden (vgl. Kapitel 5.4.1).

Eine „normative oder absolute Festlegung“ wie die Nähe-Distanz-Balance reguliert werden soll, gibt es nicht (Schäfter, 2010, S. 63). Die Regulierung ist fallspezifisch und situativ (Dahm & Kunstreich, 2011, S. 637), zudem muss sie im Verlauf des Beratungsprozesses ständig neu bestimmt werden (S. 645).

Auf die Distanzierung im Beratungsprozess mit Menschen mit Depressionen wird wie bereits erwähnt, im Kapitel „Beantwortung der Leitfrage“ noch spezifisch eingegangen. Bevor dies getan wird, findet im nachfolgenden Kapitel ein kurzer Exkurs statt. In diesem Exkurs werden die allgemeinen Auffälligkeiten der Klientinnen und Klienten der Sozialen Arbeit in Bezug auf Menschen mit Depressionen genauer betrachtet, um zu eruieren, welche Auswirkungen diese auf depressive Klientinnen und Klienten haben können.

6 Exkurs

In den vergangenen Kapiteln wurde immer wieder auf Besonderheiten oder Auffälligkeiten bei der Klientel der Sozialen Arbeit hingewiesen. Darunter beispielsweise das Erfahren von Beziehungsabbrüchen oder das Erzielen eines tiefen Einkommens. Der Autorenschaft erscheint es wichtig, dass diese Auffälligkeiten nochmals aufgegriffen werden und in Zusammenhang mit Menschen mit Depressionen betrachtet werden, weil depressive Klientel meist ebenfalls von diesen Besonderheiten betroffen sind. Die Autorenschaft vermutet, dass diese Auffälligkeiten für Menschen mit Depressionen besondere Auswirkungen haben, die wiederum den Beratungsprozess wie auch die Beziehungsgestaltung beeinflussen könnten. Die Autorenschaft geht davon aus, dass wenn Sozialarbeitende über die möglichen Folgen dieser Auffälligkeiten informiert sind, sie besser darauf eingehen können. Die Auseinandersetzung mit Besonderheiten und Auffälligkeiten dient dazu, eine umfassende Antwort auf die Fragestellung zu finden, wie es Sozialarbeitenden gelingt, sich im Beratungsprozess mit Depressiven zu distanzieren. Damit der Fokus dieser Arbeit nicht verloren geht, geschieht die Auseinandersetzung mit den Auffälligkeiten und deren Folgen in Form eines kurzen Exkurses.

6.1 Folgen der Auffälligkeiten für Menschen mit Depressionen

Nachfolgend werden nun die bereits in der Arbeit erwähnten Auffälligkeiten aufgegriffen und mit weiteren, aus der Praxis erfahrenen Besonderheiten ergänzt. Dadurch wird versucht zu eruieren, welche Folgen diese allgemeinen Auffälligkeiten der Klientel der Sozialen Arbeit für Menschen mit Depressionen haben können. Mithilfe der Beantwortung dieser Frage erhofft sich die Autorenschaft ein vertieftes Verständnis für den Umgang mit depressiver Klientel.

Die wohl grösste Gemeinsamkeit der Klientel der Sozialen Arbeit ist, dass sich Betroffene in einer erschwerten Lebenslage befinden, für die sich die Meisten schämen. Menschen mit Depressionen sind oft nicht aufgrund ihrer Depression Klientel der Sozialen Arbeit, sondern wegen eines sozialen Problems. Es ist hier zu beachten, dass es Depressiven aufgrund der Haupt- und Begleitsymptome schwerfallen kann, alltäglich anfallende Aufgaben zu erfüllen (Härter & Schneider, 2017, S. 342). Es kann somit angenommen werden, dass eine herausfordernde Aufgabe für einen depressiv Erkrankten schwerer zu bewältigen ist, als es für einen nicht Depressiven wäre. Zudem kann angenommen werden, dass die Thematik der Scham bei Menschen mit Depressionen in der Sozialen Arbeit eine grosse Bedeutung einnimmt, weil sie sich nicht nur wegen ihrer Lebenssituation, sondern auch wegen ihrer Erkrankung schämen. In diesem Zusammenhang darf nicht vergessen werden, dass Depressive oft von Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen geplagt sind (Wolfersdorf, 2011, S. 21-22), die Autorenschaft vermutet, dass erschwerte Lebenssituationen diese verstärken.

Die Autorenschaft hat während ihrer Praktika die Erfahrung gemacht, dass viele der Klientinnen und Klienten der Sozialen Arbeit mit administrativen Erledigungen überfordert waren und deshalb den Überblick - z.B. bei Involvierung verschiedener Sozialversicherungen - meist nicht bewahren konnten. Dieser Umstand kann ein Indikator für Stress sein, welcher für Depressive aufgrund krankheitsförderndem Charakter suboptimal ist (Keck, 2012, S. 21). Hier muss beachtet werden, dass depressiv Erkrankte dazu neigen können, sich zurück zu ziehen (Davison & Neale, 2002, S. 303). Wiederum dieser Rückzug bis hin zur Isolation, kann durch Überforderung, zu einer noch grösseren Isolation seitens der depressiven Klientel führen (S. 303). Ebenfalls ist nicht zu vergessen, dass Energie- und Interessenverlust Symptome der depressiven Störung sind (Härter & Schneider, 2017, S. 341), welche bei Überforderung und Stress vermutlich noch ausgeprägter sind.

Während der Praktika war unter anderem auch auffallend, dass ein Grossteil der Betroffenen Ängste und Unsicherheiten bezüglich der Zukunft und der eigenen Existenz hegte und diese auch im Beratungssetting gegenüber der Autorenschaft äusserte. Aufgrund der pessimistischen Einstellung ist davon auszugehen, dass diese Unsicherheit bei Menschen mit Depressionen noch intensiver ist, als bei denjenigen ohne Depressionen. Wolfersdorf (2011) führt diesbezüglich aus, dass Depressive Insuffizienzgefühle, Versagens- und Minderwertigkeitsgefühle und Schuldgefühle gegenüber sich hegen und Schamgefühle allgegenwärtig sind (S. 22). Symptome wie Müdigkeit und Konzentrationschwächen (vgl. WHO, 2017) können dazu führen, dass die Erreichung von Zielen zusätzlich erschwert wird. Ziele und Vereinbarungen gelten aber in der Sozialen Arbeit als Überprüfungsmitel und sind Teil des alltäglichen Arbeitsprozesses (Avenir Social, n.d.a)

Eine weitere Auffälligkeit, welche bereits im Verlauf dieser Arbeit erwähnt wurde, ist, dass Klientinnen und Klienten der Sozialen Arbeit oft Beziehungsabbrüche erlebt haben und nur ein schwaches Beziehungsnetz aufweisen (Schäfer, 2010, S. 61). Für Depressive ist eine Beziehungsaufrechterhaltung unter anderem dadurch erschwert, weil sie häufig das Gefühl haben, jemandem zur Last zu fallen (Mahnkopf, 2009, S. 38) und nicht zu genügen. Wenn sich die Mitmenschen von Depressiven aufgrund der Symptomatik zurückziehen, kann dies wiederum zu einem weiteren Rückzug der Betroffenen führen (S. 59). Hier darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass gemäss Henning das Fehlen einer festen Bindungsperson unter anderem auch als Ursache für eine depressive Erkrankung angesehen werden kann (2016, S. 160).

Die Autorenschaft hat in ihren Praktika die Erfahrung gemacht, dass für viele Klientinnen und Klienten der Sozialen Arbeit aufgrund eines niedrigen sozialökonomischen Status die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erschwert ist. Menschen mit Depressionen leiden meist aufgrund ihrer psychischen und somatischen Beeinträchtigungen an Beziehungs- und Arbeits-

problemen (Baer et al., 2013, S. 17). Wenn zudem die ökonomischen sowie sozialen Mittel fehlen, ist die Wahrscheinlichkeit eines sozialen Rückzugs noch höher (S. 17). Da ein Grossteil der Klientel einen eher niedrigen Bildungsstand aufweist, ist die Arbeitsintegration zusätzlich erschwert. Zudem gilt ein niedriger Bildungsstand als Depressionsrisiko (S. 36).

Der Autorenschaft ist bewusst, dass dies keine abschliessende Aufzählung der Besonderheiten ist und selbstverständlich nicht auf alle Klientinnen und Klienten der Sozialen Arbeit zutrifft. Trotzdem wird durch die Ausführung deutlich, dass die „normalen“ Auffälligkeiten für Menschen mit Depressionen schwerwiegende Folgen haben können. Diese Folgen können unter anderem auch den Beratungs- und Beziehungsprozess beeinflussen und der Wunsch nach Distanz kann entstehen. Die Autorenschaft erachtet es als wichtig, dass sich Sozialarbeitende mit möglichen Folgen auseinandersetzen, damit eine professionelle Unterstützung trotz der Depression gewährt werden kann.

6.2 Zwischenzusammenfassung

Ein sehr grosser Teil der Klientel der Sozialen Arbeit muss sich mit besonderen Auffälligkeiten auseinandersetzen. So befindet sich die Mehrheit der Klientel in einer kritischen Lebenssituation, für die sie sich schämen. Viele haben zudem in ihrer Vergangenheit Beziehungsabbrüche erlebt und besitzen nur einen niedrigen sozioökonomischen Status (Baer et al., 2013, S. 11). Die Autorenschaft hat während ihrer Praktika die Erfahrung gemacht, dass Aufgrund dieser und weiterer Faktoren, viele der Betroffenen Ängste und Sorgen hinsichtlich ihrer Zukunftsperspektive und ihrer Existenzsicherung hegen. Wegen der Haupt- und Begleitsymptome können diese „normalen“ Auffälligkeiten für Menschen mit Depressionen besondere Hürden (Auslösen von Stress, Überforderung, etc.) darstellen. Das kann dazu führen, dass sich depressive Klientel sozial zurückzieht oder dass durch den ausgelösten Stress die Krankheit gar gefördert wird (Keck, 2012, S. 21). Dies wiederum kann den Beziehungs- und Beratungsprozess zwischen depressivem Klientel und Sozialarbeitenden negativ beeinflussen und dazu führen, dass der Wunsch nach Distanz entsteht. Da es in der Sozialen Arbeit darum gehen sollte, das Wohlbefinden der Klientel zu heben (Avenir Social, 2015) und nicht dieses zu verschlechtern, ist es wichtig, dass sich Sozialarbeitende dessen bewusst sind.

Nachfolgend wird wie bereits angekündigt auf den Einfluss von Gefühlen und Stimmungen im Denkprozess eingegangen. Diese Ausführung dient als Untermauerung der Notwendigkeit der Distanzierung im Beratungsprozess.

7 Einfluss von Gefühlen und Stimmungen im Denkprozess

Eine in der Leitfrage ebenfalls indizierte These, nämlich diese, dass die negative Grundeinstellung von Menschen mit Depressionen bei unzureichender Distanzierung im Beratungsprozess, bei Sozialarbeitenden etwas auslöst (die Autorenschaft geht von Emotionen und Gefühlen, wahrscheinlich Negativen aus), wurde bisher noch nicht thematisiert. Denn würde die negative Grundeinstellung keinen Einfluss auf Sozialarbeitende im Beratungsprozess haben, wäre vermutlich auch keine Distanzierung notwendig. Die Autorenschaft geht aber in ihrer Leitfrage von Gegenteiligem aus. Deshalb wird in diesem Kapitel darauf eingegangen, wie Emotionen das Denken, die Wahrnehmung sowie die Urteilsbildung beeinflussen und welche Rollen z.B. Vorurteile, Erfahrungswerte sowie verinnerlichte Faustregeln im eigenen Denkprozess einnehmen. Relevant erscheint weiter die Frage, ob es möglich ist, mithilfe bewusster Denkprozesse im Kontakt mit pessimistischen Denkweisen anderer Menschen eine Distanzierung im Denken zu bewirken. Sollte dies möglich sein, könnte dies ebenfalls als Ansatzpunkt für die Beantwortung der Leitfrage dienen.

7.1 Emotionen und Gefühle im Umgang mit Depressiven

Die Autorenschaft stellt wie vorgenannt - und in der Leitfrage indiziert - die These auf, dass durch die Zusammenarbeit mit depressiven Menschen, die eine negative Denkweise innehaben, Auswirkungen in Form einer Übernahme der negativen Denkweisen bei Sozialarbeitenden entstehen könnten, sofern diese sich unzureichend von der Einstellung der Depressiven distanzieren. Es wird also von der Autorenschaft angenommen, dass negative Denkmuster der Klientel - also auch die pessimistischen Denkmuster Depressiver - Sozialarbeitende während der Beratungstätigkeit beeinflussen können. Becchio (2013) beschreibt in den Ergebnissen seiner Masterthesis die Emotionen als unabdingbaren Begleitprozess für das Lernen (S. 43). Der Lernprozess und Emotionen sind folglich eng aneinandergelockt. Die Autorenschaft geht davon aus, dass das Etikett „depressiv“ bestimmte Gefühle und Emotionen auslöst, die auf vergangenen Erfahrungen beruhen. Mahnkopf (2015) unterstreicht diese These der Autorenschaft, indem sie darauf aufmerksam macht, dass mit der Diagnose Depression, in der Öffentlichkeit und auch im nahen Umfeld erhebliche Vorurteile und negative Bewertungen verbunden werden (S. 29). Auf der Seite der psychisch Erkrankten wird die Krankheit der Depression weiter oft als Stigma erlebt (S. 29-30). Diese beidseits negative Bewertung der Krankheit führt im Umgang mit der affektiven Störung zu pessimistischem Gedanken, Emotionen und Gefühlen.

Folgend wird die Autorenschaft kurz auf die Relevanz von Emotionen, welche als Gemütsbewegung im Sinne eines Affekts verstanden werden (Werth & Mayer, 2008, S. 84), eingehen.

Werth und Mayer äussern bezüglich der Emotionen, dass die Gefühlslage und Stimmung als wichtigster Einflussfaktor gilt, wenn es darum geht, wie Menschen andere Menschen wahrnehmen und wie Vorurteile auf eigene Urteile wirken (2008, S. 83-84). Urteile werden kongruent an die Stimmung gefällt, das heisst, dass z.B. bei positiver Stimmung Urteile positiver ausfallen als bei negativer Stimmung (S. 101). Daraus ist abzuleiten, dass die Gefühlslage bzw. die vorhandene Stimmung bei Menschen als wichtiger Prädiktor hinsichtlich Urteile im Umgang mit anderen Menschen gilt. Das heisst konkret, dass eine Person mit einer positiven Stimmung eine pessimistische oder negative Einstellung einer anderen Person weniger negativ auffasst und beurteilt als bei einer negativ innehabenden Gefühlslage, respektive Stimmung. Das ist nach Auffassung der Autorenschaft ein Indiz dafür, dass es für Sozialarbeitende wichtig ist, sich nicht von negativen bzw. pessimistischen Denkweisen der Klientel beeinflussen zu lassen und bei eigener negativer Gefühlslage und Stimmung, besonders Acht auf die Distanzierung zu geben.

7.2 Copingstrategien zur Distanzierung im Denkprozess

Die Autorenschaft stellt sich demnach die Frage, wie man sich in Situationen, in welchen negative Gefühle, Gedanken und Emotionen von einer anderen Person wahrgenommen werden und auf die eigene Person einwirken, reagieren kann, damit diese nicht gleiches auslösen. Der Autorenschaft erscheint hinsichtlich einer Distanzierung bereits wichtig, dass man sich bewusst ist, dass empfundene Gefühle, Emotionen und Gedanken etwas auslösen. Wie bereits oben erwähnt, ist es aber hierbei wichtig zu wissen, dass je nachdem, ob man positiv oder negativ gestimmt ist, negative Gefühle verschieden aufnimmt bzw. darüber urteilt (Werth & Mayer, 2008, S. 101).

Die Autorenschaft ist überzeugt, dass der Umstand der Vergegenwärtigung und Reflexion dieser Einwirkung („negative Gefühle wirken auf mich ein, diese lösen etwas in mir aus, was lösen sie in mir aus, wie gehe ich damit um?“) bereits dazu führen kann, dass Sozialarbeitende eine Distanzhaltung einnehmen können. Denn durch die Vergegenwärtigung können erfahrene Gefühle, Emotionen und Stimmungen reflektiert werden und nach der Reflexion von einer „gewissen Distanz“ aus betrachtet werden. An diesem Punkt ist die Frage, wie genau eine Distanzierung des Denkens erfolgt werden könnte, noch nicht geklärt. Es soll nachfolgend ein Versuch unternommen werden, mögliche Strategien zur Distanzierung im Denken aufzudecken. Es wird aber bewusst noch damit zugewartet, diese Strategien auf die Leitfrage anzuwenden, da dies im Kapitel der Beantwortung der Leitfrage geschehen wird.

7.2.1 Faustregeln - intuitives Denken

Der Autorenschaft ist aufgefallen, dass sie während ihrer Praktika Situationen erlebten, in denen sie Entscheidungen getroffen haben, die zum Zeitpunkt der Ausführung ihrer Meinung nach, nicht auf gelernten Theorien und Methoden basierten. Sie geschahen demnach intuitiv aus „dem Bauch heraus“. So entschied Frau Molinari beispielsweise während eines Gespräches auf dem RAV mit einer depressiven Klientin, die zusätzlich an Bauchkrebs litt, dass sie den Fokus nicht auf die Krebserkrankung legen möchte, sondern mehr über die Alltagsbewältigung trotz Depressionen erfahren möchte. Herr Leuenberger entschied sich - ohne es sich in diesem Moment erklären zu können - während eines Gespräches in der Psychiatrie mit einer depressiven Patientin dazu, diese bei der Erzählung ihrer Leidensgeschichte zu unterbrechen, um den Fokus auf wohltuende Aspekte - wie beispielsweise die erfreulichen Zwischenergebnisse und Fortschritte ihres Klinikaufenthaltes - zu legen.

Gigerenzer spricht in diesem Zusammenhang von intuitivem Denken (2007, S. 4). Im Kontext der Intelligenz des Unbewussten und der Macht des intuitiven Denkens (Anwendung von Faustregeln) hat er festgestellt, dass Menschen gerade in der Alltagspraxis mit spontanen Bauchentscheidungen die besten Ergebnisse im Handeln erzielen (S. 4). Die Autorenschaft nimmt aufgrund der oben ausgeführten Erfahrungswerte an, dass sich auch Sozialarbeitende während ihrer Tätigkeit - besonders in schwierigen Situationen - auf ihr Bauchgefühl verlassen. Gigerenzer benennt ein Bauchgefühl als Bezeichnung für ein Urteil, „dass rasch im Bewusstsein auftaucht, dessen tiefere Gründe uns nicht ganz bewusst sind und das stark genug ist, um schlussendlich danach zu handeln“ (S. 24). Intuitives Denken, ist nach Gigerenzer „als unbewusste, einfache Faustregel zu verstehen, die sich im Prozess der in der Evolution erworbenen Eigenschaften des menschlichen Gehirns zu eigen macht und dem fortlaufenden Austausch in der Umwelt zugrunde liegen“ (S. 4). Nach Auffassung der Autorenschaft, könnten diese Faustregeln eine Antwort für den Prozess der Distanzierung im Denken liefern. Gigerenzer beschreibt, dass die Intuition dafür eingesetzt werden könnte, hochkomplexe Strukturen und Abläufe anhand weniger Kriterien in kurzer Zeit zu bewältigen (S. 4-5).

Es kann demnach angenommen werden, dass bei den oben erwähnten Fallbeispielen von Herrn Leuenberger und Frau Molinari mithilfe eigener Faustregeln intuitiv entschieden wurde, worauf der Fokus im Gespräch gelegt werden soll. Faustregeln werden unter anderem aufgrund von Erfahrungen gebildet (S. 4). Faustregeln werden auch als Heuristiken verstanden, die als intuitive Regeln Menschen dazu verhelfen, z.B. komplexe Arbeitsgeschehen zu strukturieren und das Denken zu erleichtern (Betsch, Funke & Plessner, 2011, S. 18). Da sowohl Herr Leuenberger wie auch Frau Molinari in ihrer Vergangenheit bereits mit Depressiven Kontakt hatten, ist anzunehmen, dass ihre Faustregeln unbewusst, durch diese Erfahrungen geprägt sind und unter anderem auf eigenen Erfahrungen, Bewertungen und

verinnerlichten Wertebildern basieren. Intuitives Denken kann Sozialarbeitenden bei der Ausübung ihrer Tätigkeit unterstützen. Trotzdem reichen Bauchentscheidungen alleine nicht aus, um professionell in der Sozialen Arbeit tätig zu sein.

7.2.2 Einstellungsimpfung

Ein weiterer möglicher Ansatzpunkt zum Schutz der Übernahme von eigenen Einstellungselementen, bzw. der Hinderung vor Beeinflussungsversuchen und ferner einer Distanzierung, bietet die sogenannte Einstellungsimpfung. Eine Einstellungsimpfung wird nach Aronson, Wilson und Akert (2008) als ein Prozess beschrieben, mit dem Menschen gegen Versuche von Einstellungsänderungen immunisiert werden können, indem man ihnen von Beginn an kleine Dosen der Argumente verabreicht, die dem eigenen Standpunkt entgegengesetzt sind (S. 250). Mit dieser Einstellungsimpfung sollen bewusst mehrere schwächere Gegenargumente einer anderen Person mit den eigenen Argumenten verglichen werden und so als Impfung für die Resistenz der Eigenen dienen (Werth & Mayer, 2008, S. 275).

Im vorherigen Exkurs wurde auf allgemeine Auffälligkeiten der Klientel der Sozialen Arbeit eingegangen. Eine Auffälligkeit, welche die Autorenschaft festgestellt hat, war, dass ein Grossteil der Klientel eher pessimistisch - aufgrund der Angst und der Unsicherheit hinsichtlich der eigenen Existenz - gegenüber der eigenen Zukunft eingestellt ist. Damit aber eine professionelle Beratung trotzdem möglich ist, ist es nach Auffassung der Autorenschaft vorteilhaft, wenn sich Sozialarbeitende von der negativen Denkweise der Klientel nicht anstecken lassen. Die Einstellungsimpfung könnte in diesem Zusammenhang die Lösung sein, um eine „Ansteckung“ negativer Einstellungen zu verhindern. Damit die Einstellungsimpfung gelingen kann, sollten gemäss Werth & Mayer die negativen Denkweisen in kleinen Dosen von Sozialarbeitenden zugelassen - beispielsweise in dem der Klientel Fragen rund um die Zukunft gestellt werden - und verglichen werden. Durch das Zulassen und das Gegenüberstellen können Sozialarbeitende ihre eigene Einstellung überprüfen und gegenüber der negativen Einstellung der Klientel resistenter machen.

7.2.3 Vorwarnung

Werth und Mayer beschreiben weiter die sogenannte Vorwarnung (2008, S. 275), mit welcher Beeinflussungsversuche ins Leere laufen, indem man sich im Vorfeld eine eigene Vorabmeinung bildet, sowie sich mit Gegenargumenten über bestimmte Argumente, die einem zu beeinflussen versuchen werden, wappnet (S. 252). Diese Strategie bedingt jedoch, dass ausreichend Zeit, Fähigkeit und Interesse vorhanden ist, sich mit diesen Argumenten im Vorfeld zu befassen (S. 275). Auch wenn diese Faktoren als Bedingungen gesehen werden sollten, darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass die Zeitressource in der Sozialen Arbeit

meist knapp ist (Jakob, 2012, S. 1200) und dadurch nach Auffassung der Autorenschaft eine Vorwarnung für Sozialarbeitende erschwert wird.

Trotz der mangelnden Zeit hat die Autorenschaft die Erfahrung gemacht, dass sich Sozialarbeitende mithilfe eingereicherter Unterlagen auf die Klientel vorbereiten können. Diese Vorbereitung könnte im weitesten Sinne auch als Vorwarnung betrachtet werden, weil es Sozialarbeitenden die Möglichkeit gibt, sich zu wappnen. In diesem Zusammenhang möchte die Autorenschaft darauf hinweisen, dass beachtet werden sollte, dass sowohl eingereichte Unterlagen wie auch Aktennotizen etc. nie als objektive Informationen wahrgenommen werden können, weil sie jeweils von jeder Sozialarbeiterin bzw. jedem Sozialarbeiter individuell und subjektiv interpretiert werden. Zudem darf nicht vergessen werden, dass besonders Aktennotizen - aber auch Übertragungsberichte, Arztzeugnisse etc. - bereits durch Personen verfasst wurden und somit auch einer subjektiven und individuellen Prägung unterliegen.

7.3 Zwischenzusammenfassung

In diesem Kapitel wurde versucht, aufzuzeigen, dass negative Denkweisen - insbesondere depressiver Klientel -, die Denkweise der Sozialarbeitenden beeinflussen können, was sich wiederum auf den Beratungsprozess und die Beziehungsgestaltung auswirken kann (vgl. Mahnkopf, 2015, S. 29).

Die Gefühlslage, bzw. Stimmung als Bestandteil der Emotionen stellt hinsichtlich der Wahrnehmung des Menschen einer der wichtigsten Einflussfaktoren dar (Werth & Mayer, 2008, S. 85). Also die eigene Stimmung, die je nachdem positiv oder negativ sein kann, wirkt präventiv oder vulnerabel wie wir als Sozialarbeitende eine Einstellung von anderen Personen auffassen, beurteilen und wie wir damit umgehen. Wichtig in diesem Zusammenhang erscheint der Autorenschaft das Bewusstwerden, dass eine pessimistische Denkweise bzw. Einstellung (einer depressiven Klientin oder eines Klienten) im Beratungsprozess Gefühle und Emotionen auslösen. Wie Mahnkopf beschreibt, werden oft negative Emotionen im Kontakt mit Depressiven ausgelöst (2015, S. 30). Diese Ausführung stützt die These der Autorenschaft, dass die Distanzierung für Sozialarbeitende im Beratungsprozess mit Depressiven notwendig ist.

Gibt es in diesem Kontext Möglichkeiten, sich durch bewusstes Denken abzugrenzen bzw. sich von der negativen Einstellung zu distanzieren? Gemäss Gigerenzer (2007) und Werth und Mayer (2008) gibt es verschiedene kognitive Methoden, um die eigene Einstellung zu stärken, damit diese nicht von anderen beeinflusst wird. Eine Methode, die Gigerenzer vorschlägt ist das intuitive Denken, das Sozialarbeitenden in schwierigen Situationen Lösungen eröffnet und Sicherheit verschaffen kann (2007, S. 4).

Ein weiterer Ansatzpunkt zum Schutz der Übernahme einer negativen Einstellung könnte die Einstellungsimpfung darstellen (vgl. Aronson, Wilson & Akert, 2008, S. 250). In Form von „kleinen Dosen“ versuchen Sozialarbeitende Teile der negativen Denkweise zuzulassen. Diese werden dann mit der eigenen Einstellung verglichen. Dieser Einstellungsvergleich kann eine Immunisierung der eigenen Einstellung bewirken, was gemäss Werth und Mayer dazu dient, die eigene Einstellung resistenter gegenüber anderen zu machen (2008, S. 252). Also auch gegenüber einer negativen Grundeinstellung.

Ebenfalls könnte die Vorwarnung, in der man sich im Vorfeld bereits eine Meinung bildet und sich mit Gegenargumenten gegen die Argumente der Beeinflussungsversuche wappnet, hilfreich für den Distanzierungsprozess im Denken sein (S. 275).

Bevor das Kapitel der Beantwortung der Leitfrage durch die Autorenschaft ausgeführt wird, folgt anschliessend das Kapitel „Stimmen aus der Praxis“. Durch die Erfahrungswerte von Expertinnen und Experten - aus der Sozialen Arbeit und der Bezugswissenschaft Psychologie - soll die mangelnde Fachliteratur in Bezug auf die Nähe-Distanz Thematik ergänzt werden.

8 Stimmen aus der Praxis

Wie bereits in den vergangenen Kapiteln angekündigt, hat sich die Autorenschaft aufgrund der mangelnden Fachliteratur zur Thematik Nähe und Distanz und der fehlenden Ausdifferenzierung bezüglich der Anwendung dieser beiden Begrifflichkeiten im Praxisalltag dazu entschieden, Expertinnen und Experten zum Thema Umgang mit Depressiven im Beratungsprozess zu befragen. Die Autorenschaft erhofft sich dadurch, die Theorie mit nahen Praxiserfahrungen von professionellen Fachpersonen zu ergänzen und Handlungsempfehlungen aus der Bezugswissenschaft Psychologie für die Soziale Arbeit zu gewinnen.

Im Folgenden wird darauf eingegangen, welche Expertinnen und Experten befragt wurden, wann und wo die Interviews stattfanden und welche Ergebnisse erzielt wurden.

8.1 Fragen und Durchführung

Bevor die Expertinnen und Experten mittels eines Kurzportraits vorgestellt werden, wird in diesem Kapitel auf die Fragen und die Durchführungen der Interviews eingegangen. Die Autorenschaft war der Auffassung, dass zuerst eine theoretische Basis mithilfe von Fachliteratur (vgl. Kapitel 2-7) erarbeitet werden muss, um in Erfahrung zu bringen, welche Fragen bezüglich der Thematik Nähe und Distanz im Beratungsprozess mit Menschen mit Depressionen ungeklärt bleiben bzw. noch genauer erfragt werden sollten. Daher entstand auch der Interviewleitfaden erst zeitnah vor der Interviewdurchführung und nach der Theorieerarbeitung. Aufgrund dieser theoretischen Auseinandersetzung haben sich folgende Fragen ergeben:

1. Wie häufig sind Berührungspunkte zwischen Fachpersonal und depressiver Klientel im Praxisalltag gegeben und wie werden diese von der Fachperson erlebt und gestaltet?

Diese Frage eröffnete sich, weil die Autorenschaft aufgrund studierter Fachliteratur und eigener Erfahrungswerte aus der Praxis davon ausgeht, dass die Häufigkeit und die Intensität der Berührungspunkte zwischen Fachpersonen und depressiver Klientel in der Sozialen Arbeit je nach Setting unterschiedlich sind. Mithilfe dieser Frage möchte die Autorenschaft ihre These hinterfragen und erfahren, wie häufig solche Begegnungen vom Fachpersonal erlebt und wie diese gestaltet werden.

2. Wie verhalten sich Menschen mit Depressionen im Beratungsprozess? Welche Symptome werden von Fachpersonen wahrgenommen?

In der Fachliteratur ist viel über die Depression und deren Auswirkungen zu lesen, doch die Autorenschaft möchte erfahren, ob Teile der negativen Grundeinstellung der Depressiven während des Beratungsprozesses spürbar sind. Die Autorenschaft vermutet, dass wenn

Symptome einer Depression im Beratungsprozess vom Fachpersonal wahrgenommen werden, die Wahrscheinlichkeit höher ist, dass eine Distanzierung zum Selbstschutz notwendig ist und auch vollzogen wird.

3. Braucht es im Allgemeinen eine Distanzierung im Beratungsprozess? Wenn ja, wieso? Und wie wird diese umgesetzt? Und wenn nein, weshalb nicht?

Die Autorenschaft möchte mit dieser Frage überprüfen, ob die Praxis mit der Theorie übereinstimmt. In der Fachliteratur wird immer wieder auf die Bedeutung der Distanzierung hingewiesen, deshalb ist es interessant zu erfahren, ob Expertinnen und Experten dieser Theorie zustimmen und wie sie ihre Aussagen begründen. Aufgrund der mangelnden Fachliteratur bezüglich der Anwendung der Distanzierung im Beratungsprozess, erhofft sich die Autorenschaft durch die Frage „wie die Distanz gelebt wird?“ Antworten bezüglich der praktischen Umsetzung im Arbeitskontext zu erhalten.

4. Benötigt es bei der Zusammenarbeit mit Menschen mit Depressionen eine Distanz? Wenn ja, wie gelingt diese? Wenn nein, weshalb nicht?

Hinter der Fragestellung dieser Bachelor-Thesis steht die Hypothese, dass im Kontext der Sozialen Arbeit eine Distanzierung im Beratungsprozess notwendig ist, um die psychische Gesundheit des Fachpersonals zu wahren. Die Hypothese beinhaltet aber ebenfalls die Vermutung, dass bei der Zusammenarbeit mit depressiver Klientel aufgrund der Haupt- und Begleitsymptome sowie der ebenfalls Einzug findenden negativen Grundeinstellung eine besondere Distanzierung gewahrt werden muss, um sich selbst zu schützen. Mithilfe dieser Frage möchte die Autorenschaft ihre Hypothese überprüfen und erfahren, wie es Expertinnen und Experten gelingt, sich zu distanzieren.

5. Wie wird im Beratungsprozess vom Fachpersonal eine Balance zwischen Nähe und Distanz hergestellt?

Auch wenn in dieser Arbeit der Fokus auf der Distanzierung liegt, wurde durch die Auseinandersetzung mit der Fachliteratur deutlich, dass Nähe und Distanz zwei Begrifflichkeiten sind, welche unzertrennlich sind. Der Autorenschaft ist es deshalb wichtig zu erfahren, wie das Fachpersonal diese Balance herstellt. Die Autorenschaft erhofft sich durch diese Frage auch, dass das Fachpersonal auf die Begründung der Notwendigkeit dieser Balance eingeht.

Mithilfe dieser offenen Grundfragen hat die Autorenschaft einen Leitfaden für die Interviews erstellt. Da die Autorenschaft einen Teil der befragten Expertinnen und Experten bereits vor den Interviews kannte, wurde nebst einem in der Sie-Form verfassten Leitfaden einen in der Du-Form erstellt. Die beiden Interviewleitfäden sind im Anhang (vgl. S. 103-104) zu finden.

Alle vier Interviews wurden am Mittwoch 01. November 2017 von der Autorenschaft durchgeführt. Es wurden zwei Sozialarbeitende aus unterschiedlichen sozialarbeiterischen Settings, eine Psychologin und eine Oberärztin befragt. Da in der Sozialen Arbeit oft auch Wissen aus den Bezugswissenschaften generiert wird, liegt es nicht fern, dass auch Fachpersonen aus dem Wissenschaftsbereich der Psychologie befragt wurden. Zwei der Interviews fanden in Burgdorf statt, die anderen beiden in Langenthal. Die Interviews wurden mit dem Einverständnis der Befragten aufgenommen. Die Autorenschaft hat sich aufgrund der Zeitersparnis (in Absprache und Einverständnis mit der Fachbegleitung) dazu entschieden, die Interviewergebnisse nicht zu transkribieren, sondern bei der Aufführung von Aussagen von den Expertinnen und Experten die entsprechende Aufnahmezeit auszuweisen.

8.2 Portraits

Wie erwähnt, hat die Autorenschaft zwei Sozialarbeiter, eine Psychologin und eine Oberärztin interviewt. Damit sich die Leserschaft ein Bild von den vier Expertinnen bzw. Experten und ihren Werdegängen machen kann, werden die Befragten in kurzen Portraits vorgestellt.

Herr F. - Sozialarbeiter

Herr F. ist einundsechzig Jahre alt und arbeitet seit fünfzehn Jahren beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum Burgdorf. Er hat mit sechsundzwanzig Jahren die Fachschule für Sozialarbeit in Bern abgeschlossen. Nach der Ausbildung hat Herr F. verschiedene Stellen im Bereich der Sozialen Arbeit besetzt. Er war als Jugendarbeiter in einer Kirchgemeinde tätig und war als Sozialarbeiter im Inselspital und auf zwei Sozialdiensten beschäftigt bis er 2002 als Sozialberater beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum in Burgdorf begann. Seit 2013 darf er sich als IIZ-Berater bezeichnen. IIZ steht für interinstitutionelle Zusammenarbeit. (pers. Mitteilung, Herr F., 00:00:58)

Frau B. - Psychologin

Frau B. ist einunddreissig Jahre alt und arbeitet seit vier Jahren in der Psychiatrie St. Urban auf der Station für Abhängigkeitserkrankungen als Psychologin. Den Bachelor in Psychologie hat sie in Basel erworben und in Bern hat sie anschliessend den Master in Psychologie absolviert. Nebst der Arbeit als Psychologin macht sie berufsbegleitend eine Therapieausbildung. Diese Ausbildung dauert insgesamt vier Jahre, Frau B. befindet sich im dritten Jahr. Ihr Ziel ist es, als Psychotherapeutin zu arbeiten. (pers. Mitteilung, Frau B., 00:00:59)

Herr G. - Sozialarbeiter

Herr G. ist sechsunsechzig Jahre alt und seit anderthalb Jahren ordentlich pensioniert. Herr G. absolvierte Ende der siebziger Jahre die Schule für Soziale Arbeit in Basel. Anschliessend begann er 1982 in der psychiatrischen Klinik in Luzern seine Arbeit als Sozialarbeiter. Herr G. führte im Rahmen seiner Tätigkeit als Sozialarbeiter verschiedene Arbeiten in unterschiedlichen Bereichen innerhalb der Psychiatrischen Klinik in St. Urban aus. Dazu gehörten v.a. Altersarbeit sowie Suchtarbeit mit Akut- und Langzeitpatientinnen und Patienten in einem interdisziplinären Team. Herr G. war als Leiter des Sozialdienstes während zwanzig und gesamthaft dreiunddreissig Jahren in der Psychiatrischen Klinik der Luzerner Psychiatrie in St. Urban tätig und arbeitete bis zu seiner Pensionierung auf einer Station für Abhängigkeitserkrankungen. (pers. Mitteilung, Herr. G., 00:00:53)

Frau M. - Oberärztin

Frau M. ist neununddreissig Jahre alt und arbeitet als Oberärztin auf der Alterspsychiatrie. Ursprünglich hat sie mit Medizin und Chirurgie begonnen und ist seit acht Jahren in der Psychiatrie tätig. In dieser Zeit hat Frau M. auf verschiedenen Stationen gearbeitet. Zuerst im Spital Emmental, anschliessend im Ambulatorium, im allgemein psychiatrischen Ambulatorium, im Psychiatriezentrum Münsingen und nun seit einem Jahr in der Alterspsychiatrie. (pers. Mitteilung, Frau M., 00:00:59)

Die Autorenschaft ist der Meinung, dass das Wissen über den Werdegang und die aktuelle Tätigkeit der Expertinnen und Experten zu einem tieferen Verständnis bezüglich der Interviewergebnisse führt. Da dadurch klar wird, in welchem Rahmen die Expertinnen und Experten Menschen mit Depressionen begegnen bzw. begegnet sind und durch welche Ausbildung sie geprägt wurden.

Im Folgenden wird nun auf die Kernaussagen der Interviews eingegangen, damit die Leserschaft einen ersten Einblick in die Interviewergebnisse erhält.

8.3 Kernaussagen der Interviewten

Es ist wichtig zu erwähnen, dass hier lediglich die wichtigsten Hauptaussagen der Interviews zusammengefasst werden und vorerst noch bewusst auf die persönliche Bewertung und Überprüfung der Autorenschaft zu den Äusserungen der Interviewten verzichtet wird. Auf die einzelnen Ergebnisse - sprich den Theorie-Praxis-Transfer - wird im Verlauf des Kapitels „Beantwortung der Leitfrage“ vertieft eingegangen.

Kernaussagen Herr F.

Der Sozialarbeiter Herr F. hat zwar als IIZ-Berater auf dem RAV Burgdorf Berührungspunkte mit Menschen mit Depressionen, diese finden aber aufgrund der strukturellen Rahmenbedingungen (ein bis zwei Gespräche monatlich) eher selten und wenig intensiv statt. Er erlebt depressive Menschen als stumpf, ausgeloschen und hoffnungslos. Herr F. konnte den Begriff „Distanzierung“ anfangs nicht einordnen, brachte ihn dann aber mit einem professionellen Beratungssetting in Verbindung. Herr F. meinte, dass er situativ und intuitiv entscheidet, wie tief er ein Gespräch mit einer depressiven Klientin bzw. einem depressiven Klienten gestaltet. Mit dem Begriff Abgrenzung konnte er sich eher identifizieren als mit der Begrifflichkeit Distanzierung und brachte diesen mit der eigenen Gesundheit in Verbindung. Er berichtete davon, dass Spaziergänge, Unternehmungen mit der Familie sowie das Musikspielen ihn dabei unterstützen, sich von der Arbeit abzugrenzen. Im Gespräch wurde deutlich, dass seine Rollenfunktion, den Auftrag des RAVs (Arbeitsintegration) sowie der Austausch mit dem Vorgesetzten ihn unterstützen, eine Distanz zu wahren. Herr F. berichtete davon, dass es regelmässig belastende Situationen gibt, die man als Fachperson zu verarbeiten hat. Heute fällt ihm die Abgrenzung nicht mehr schwer, weil er lösungsorientiert arbeitet und somit den Fokus auf gesunde Aspekte der Klientel legt. Es gab eine Zeit beim Sozialdienst, während der ihm die Distanzierung aufgrund der hohen Fallzahlen nicht mehr gelang, was dazumal zu einer psychischen Beeinträchtigung führte. (pers. Mitteilung, Herr F., 00:16:52)

Kernaussagen Frau B.

Frau B. hat als Psychologin in der Psychiatrie in St. Urban täglich Berührungspunkte mit Menschen mit Depressionen, weil dies eine der häufigsten Nebendiagnosen bei Abhängigkeitserkrankungen ist. Im Beratungsprozess erlebt Frau B. Depressive in der Regel als antriebslose Menschen die keine Hoffnung bezüglich der Zukunft haben und meist selbst nicht in die Gänge kommen. Im Interview berichtet sie davon, dass diese Symptome auch dazu führen können, dass sie sich als Fachperson hilflos fühlt und die Gefahr besteht, dass sie für die Patientin bzw. für den Patienten zu arbeiten beginnt, obwohl der/die Betroffene selbst an sich bzw. für sich arbeiten müsste. Auch Frau B. fragte nach, was unter dem Begriff Distanzierung zu verstehen sei, setzte es dann aber mit dem Selbstschutz in Verbindung. Im Interview sprach sie diesbezüglich von der Abgrenzung oder von der Grenzziehung. Durch ihre Erzählung wurde deutlich, dass sich Frau B. mithilfe ihrer Rollenfunktion und ihrem Wohnort Distanz verschafft. Zudem sprach sie darüber, möglichst wenig von sich preiszugeben und auch die Diagnose der Betroffenen zu beachten. In der Beratung entscheidet sie situativ und intuitiv (mit Einbezug der Diagnose der Betroffenen) wie viel Nähe und wie viel Distanz benötigt wird. Der Austausch im Team sowie die Ausbildung zur Psycho-

therapeutin unterstützen ihre Psychohygiene und mit Belohnungen schafft sie sich Raum, um abzuschalten. Trotz allem gibt es Geschichten oder Situationen, die auch sie berühren, bzw. zu nahegehen und die sie dann für sich verarbeiten muss. (pers. Mitteilung, Frau B., 00:10:09)

Kernaussagen Frau M.

Frau M. hat in der Psychiatrie auf verschiedenen Stationen Menschen mit Depressionen angetroffen. Sie beschreibt unterschiedliche Bilder von Depressiven. So berichtet sie von der Depression, welche aus dem Nichts, von innen her zu kommen scheint und diejenige die reaktiv, d.h. ausgehend von einem Lebensereignis auftaucht. Der Ursprung ist für sie als Oberärztin wichtig, da anders mit Betroffenen und Angehörigen gearbeitet wird. Unter Distanzierung versteht Frau M. Abgrenzung. Abgrenzung sei wichtig, Psychohygiene ebenfalls. Gemäss Frau M. hilft Erfahrung, bei der Beantwortung der Frage wie viel Nähe man mit Depressiven herstellt und wo man die Grenze für sich zieht. Distanz stellt Frau M. unter anderem durch ihre Erreichbarkeit her. Frau M. berichtete, dass es einen Unterschied mache, ob Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen ihre direkte Nummer haben, oder ob Anrufe über das Sekretariat laufen. Letzteres verschafft ihr die Möglichkeit, sich dann um die Telefonate zu kümmern, wenn die Zeit vorhanden ist. Als sehr wichtig erachtet Frau M. die Gefässe der Supervision, den Austausch im Team oder Gespräche in anonymisierter Form mit ihrem Mann, wenn sie Geschichten hat, die ihr nahegehen. Sie beschreibt zudem, dass im Umgang mit Depressiven bei ihr oft das Gefühl der Hilflosigkeit ausgelöst wird und deshalb auch die Gefahr der Übertragung besteht. Frau M. erachtet auch den Balanceakt als wichtig. Als Ausgleich nützt sie Rituale nach Sitzungen (Fenster aufmachen, durchatmen) und bewusstes Schliessen der Bürotür nach Arbeitsschluss, um die beruflichen Dinge im Raum zurück zu lassen. Ebenfalls dient der Nachhauseweg sowie sportliche Aktivitäten wie Joggen dabei diese Gedanken „abzuschliessen“. Trotz alle dem meint auch sie, dass sie keinen Knopf drücken kann, damit all das Erlebte bei der Arbeit bleibt. (pers. Mitteilung, Frau M., 00:13:17)

Kernaussagen Herr G.

Herr G. hatte in seiner über drei Jahrzehnte langen Berufserfahrung in der Psychiatrie viele Berührungspunkte mit depressiven Patientinnen und Patienten. Depression stellt eine häufige Nebendiagnose bei Suchterkrankungen dar. Depressionen können als Einflussfaktor für eine Suchterkrankung einwirken. Herr G. sieht ein differenzierter Umgang mit depressiv Erkrankten als notwendig an. Herr G. meint, dass eine Distanzierung im Beratungsprozess notwendig sei, dass aber gerade bei depressiven Patientinnen und Patienten, die sich durch die Krankheit zurückziehen, es eher notwendig ist, Nähe herzustellen als sich zu sehr zu distanzieren. Er verbindet mit dem Wort der Distanzierung ebenfalls Abgrenzung im Beratungsprozess. Gemäss Herrn G. fördert ein gutes, ausführliches Joining die Beziehungsgestaltung im Beratungsprozess. Bei der Nähe-Distanz Balance braucht es gemäss Herr G. einerseits eine

„dicke“ Haut, um gesund zu bleiben und eine angemessene Distanz zu wahren. Andererseits ist eine „dünne Haut“ erforderlich, damit Probleme der Patientinnen und Patienten aufgespürt und eine Nähe entsteht, die als Grundlage für den Beratungsprozess dient. Abgrenzung handhabt Herr G. in Form von gleichmässig verteilter Zeit und Gesprächen für Alle. (pers. Mitteilung, Herr G., 00:22:15)

8.4 Zwischenzusammenfassung

Durch die Ausführung der Kernaussagen wird deutlich, dass depressive Menschen trotz der unterschiedlichen Settings, vom Fachpersonal ähnlich (hoffnungslos und antriebslos) wahrgenommen werden. Alle Expertinnen und Experten haben Berührungspunkte mit Menschen mit Depressionen, auch wenn diese unterschiedlich häufig und intensiv sind. Die Verortung des Begriffs Distanzierung im Beratungsprozess konnten alle vier Interviewten nicht klar vornehmen, er wurde aber mit dem Begriff der Abgrenzung in Verbindung gebracht, respektive ersetzt. Alle vier Expertinnen und Experten waren der Meinung, dass eine Distanz (besonders in Bezug auf den Selbstschutz) notwendig ist. Über das Mass wie viel Nähe und Distanz im Beratungsprozess eingesetzt wird, entscheiden viele intuitiv und situativ. Besonders häufig wurde der Ausgleich (Familie, Hobby, Natur, etc.) zur Arbeit als mögliche Abgrenzungsform genannt. Ebenfalls unterstützend sind diesbezüglich teaminterne Austausche und Gefässe, wie z.B. die Supervision.

Im nächsten Kapitel wird mithilfe der Interviewergebnisse und der persönlichen Bewertung der relevantesten Äusserungen seitens der Autorenschaft ein Theorie-Praxis-Transfer hergestellt. Nicht nur die selbst erzielten Ergebnisse aus allen vorhergehenden Kapiteln, sondern auch die aktuellen Forschungsergebnisse werden mit der Theorie in Verbindung gebracht, um somit eine Antwort in Form von Handlungsempfehlungen auf die noch offene Leitfrage zu erhalten.

9 Beantwortung der Leitfrage

Mithilfe der Ausführungen der vergangenen Kapitel - psychische Gesundheit, Depression, Distanzierung im Beratungsprozess, Einfluss von Gefühlen und Stimmungen im Denkprozess, Stimmen aus der Praxis - wurde eine theoretische Basis geschaffen, um die noch offene Leitfrage beantworten zu können. Die Auseinandersetzung mit den genannten Kapiteln gibt nicht nur eine Antwort auf die Frage, wie es Sozialarbeitenden gelingt, sich im Beratungsprozess mit Menschen mit Depressionen von der negativen Grundeinstellung derer zu distanzieren, sondern auch, weshalb eine Distanzierung zwingend notwendig ist.

Im Kapitel „Distanzierung“ wurde bereits aufgezeigt, dass es für Sozialarbeitende wichtig ist, dass im Beratungsprozess eine gesunde Distanz gewahrt wird. Unter anderem zum Schutz der eigenen psychischen und physischen Gesundheit (Dörr & Müller, 2012, S. 14). Welche Folgen eine Nichtbeachtung der eigenen Gesundheit mit sich bringen kann, wurde im Kapitel „psychische Gesundheit“ dargestellt und wird deshalb hier nicht noch einmal vertieft.

Die von uns interviewten Expertinnen und Experten berichteten in diesem Zusammenhang, dass bei der Zusammenarbeit mit Menschen mit Depressionen die Distanzierung (Abgrenzung) besonders wichtig ist, weil aufgrund ihrer Krankheit - und der damit verbundenen negativen Grundeinstellung - bei ihnen ein Gefühl von Hilflosigkeit ausgelöst wird (pers. Mitteilung, Frau. B., 00:04:42). Aufgrund dessen laufen sie Gefahr, nicht mehr mit der Klientin bzw. dem Klienten zu arbeiten, sondern für ihn bzw. sie (00:04:50). Ziel der Sozialen Arbeit ist es aber, dass Sozialarbeitende ihr Klientel begleitet und unterstützt, damit die Autonomie der Klientel gefördert wird und sie ihren Alltag möglichst selbstbestimmt gestalten können (Colla & Krüger, 2013, S. 35). Kurz formuliert, sollen Sozialarbeitende Hilfe zur Selbsthilfe leisten. Bei der Zusammenarbeit mit Menschen mit Depressionen, läuft man aufgrund des Gefühls der Hilflosigkeit aber Gefahr, dass man möglichst viel für die Betroffenen machen möchte (pers. Mitteilung, Frau M., 00:09:16). Diese Aussagen unterstützen die von der Autorenschaft aufgestellte These, dass die Distanzierung bei Menschen mit Depressionen aufgrund der negativen Grundeinstellung besonders herausfordernd ist.

Frau M. berichtete beispielsweise davon, dass der typische depressive Patient ein Mann ist, der in die Klinik eintritt, seine Koffer hinstellt, sich ins Bett legt, die Decke über den Kopf zieht und sagt „ich kann nicht mehr, ich mag nicht mehr“ (pers. Mitteilung, 00:01:53). Diese Beschreibung deckt sich mit der negativen Grundeinstellung depressiver Klientel, weil die Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit und das negative Selbstbild sowie der soziale Rückzug deutlich zu erkennen sind. Frau M. meint, dass sie während ihrer Therapie mit den depressiven Patientinnen und Patienten sinnbildlich einen Berg erklimmt (pers. Mitteilung, 00:09:42). Und auch wenn Menschen mit Depressionen bei ihr ein Gefühl von Hilflosigkeit auslösen

(00:08:57), kann sie ihre Patientinnen und Patienten nicht den Berg hochtragen, sie müssen ihn gemeinsam erklimmen (00:09:46).

Es kann somit festgehalten werden, dass die Gefahr bei der Zusammenarbeit mit Menschen mit Depressionen - aufgrund ihrer negativen Grundeinstellung - besteht, dass Sozialarbeitende sich hilflos fühlen. Dieses Gefühl wiederum kann dazu führen, dass Sozialarbeitende möglichst viel für die Betroffenen machen möchten, weil angenommen wird, dass die Betroffenen aufgrund ihrer Symptomatik die Situation oder Aufgabe nicht selbst bewältigen können. Es kann dadurch geschehen, dass sich Sozialarbeitende zu wenig abgrenzen. Durch die fehlende Distanzierung ist das Risiko erhöht, dass sich Sozialarbeitende überlastet und emotional verbraucht fühlen (Egli, 2012, S. 7).

Damit Sozialarbeitende eine Distanz auch im Beratungsprozess mit Menschen mit Depressionen wahren können - um objektiv zu bleiben und die eigene psychische Gesundheit zu schützen-, werden im folgenden Kapitel Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit formuliert. Diese Handlungsempfehlungen basieren auf allen relevanten Erkenntnissen aus den vergangenen Kapiteln.

9.1 Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit

Es werden hier nachfolgend konkrete Handlungsempfehlungen, bzw. Ansatzpunkte zur Distanzierung von der negativen Grundeinstellung bei Menschen mit einer Depression diskutiert. Wie ist eine Distanzierung für Sozialarbeitende im Beratungsprozess konkret möglich? Welche Ansatzpunkte gibt es aufgrund der bisherigen Ausführungen? Es sollen hier Distanzierungsstrategien, welche in der Arbeit bereits angedeutet und kurz ausgeführt wurden, einer Tauglichkeitsprüfung bezüglich der Praxis in der Sozialen Arbeit unterzogen werden. Damit erhofft sich die Autorenschaft umsetzbare und praxistaugliche Methoden, respektive Vorgehensweisen als konkrete Antwortmöglichkeiten auf die Leitfrage und ferner für die zukünftige Tätigkeit in der Sozialen Arbeit im Umgang mit depressiver Klientel aufzeigen zu können.

Als Grundvoraussetzung, damit eine Distanzierung von der negativen Grundeinstellung Depressiver vorgenommen werden kann, ist in einem ersten Schritt die Kenntnis über die Krankheit und dessen Charakteristik relevant. Sozialarbeitende müssen wissen, wie sich eine Depression zeigen kann und aufgrund welcher körperlichen und v.a. psychischen Symptome eine Depression im Beratungsprozess erkennbar wird (Mahnkopf, 2015, S. 99). Dies bestätigt auch Frau M. - die seit Jahren als Oberärztin tätig ist - indem sie der Autorenschaft im Interview berichtete, dass der Ursprung einer Depression unter anderem für den weiteren therapeutischen Verlauf wichtig ist (pers. Mitteilung, 00:02:57). Ausführungen bezüglich der

Symptome, Ursachen, Depressionsarten, etc. wurden bereits im Kapitel „Depression“ vertieft und werden deshalb hier nicht nochmals wiederholt.

Es ist wichtig, dass sich Sozialarbeitende bewusst sind, dass die negative Grundeinstellung mit einwirkenden pessimistischen Denkprozessen Auswirkungen auf die eigenen Denkprozesse und die eigene Einstellung haben können (Mahnkopf, 2015, S. 99) und deshalb eine Distanzierung zum Schutz der eigenen psychischen Gesundheit notwendig ist (vgl. Kapitel 7).

Folgend werden nun die von uns eruierten Distanzierungsstrategien in Bezug auf die negative Grundeinstellung Depressiver beschrieben. Ausführungen von bereits vertieften Themen werden bewusst nicht vorgenommen, um langwierige Wiederholungen zu meiden.

9.1.1 Kognitive Methoden zur Distanzierung

Nach den Ausführungen mit verschiedenen Ansatzpunkten der Distanzierung im siebten Kapitel, sollen hier zwei der kognitiven Distanzierungsmöglichkeiten diskutiert und durch die Autorenschaft hinsichtlich praktischer Umsetzung beurteilt werden.

9.1.1.1 Einstellungsimpfung & Vorwarnung

Eine erste Handlungsempfehlung ist in der kognitiven Distanzierung zu verorten. Durch den Vergleich der eigenen Einstellung und derjenigen der Klientel, ist es nach Auffassung der Autorenschaft möglich, eine Distanzierung zu schaffen. Die kognitive Abgrenzung schafft gleichzeitig eine schützende Wirkung für die eigene Person hinsichtlich der Einstellung und der psychischen Gesundheit. Der Schutz ist für Sozialarbeitende besonders notwendig, da ihre Berufsgruppe einem hohen Level an emotionalem Stress ausgesetzt ist, welcher die psychische Gesundheit belastet (Allroggen, Fegert & Rau, 2017, S. 49). Dieser emotionale Stress hängt unter anderem damit zusammen, dass Sozialarbeitende in der täglichen Arbeit häufig mit persönlichem Leid und sozialen Konflikten konfrontiert werden (Egli, 2012, S. 7). Bei der Beratung von depressiver Klientel erschweren die Symptome der Depression den Beratungsprozess zusätzlich. Es darf zudem nicht ausser Acht gelassen werden, dass die Zeitressource in der Sozialen Arbeit sehr knapp ist (Jakob, 2012, S. 1200) und die Fallzahlen stetig steigen (Egli, 2012, S. 8).

Im Kapitel zu den Gefühlen und Stimmungen (vgl. Kapitel 7) wurde die sogenannte Einstellungsimpfung nach Aronson, Wilson und Akert zur Sprache gebracht (2008, S. 250). Der Prozess der Einstellungsimpfung kann als Distanzierungsmethode angesehen werden. Wie das Wort Impfung bereits verrät, soll eine Immunisierung bezüglich der negativen Grundeinstellungen Depressiver vorgenommen werden, und zwar durch die Verabreichung kleiner Dosen von Argumenten der Gegenseite (S. 250). Sozialarbeitende könnten demnach versuchen, die einwirkende negative Einstellung bzw. pessimistische Denkweise von

Depressiven, in einzelnen Teilen bewusst zuzulassen, um sie innerlich mit der eigenen Einstellung zu vergleichen. Durch das Abwägen bzw. der bewussten Konfrontation der beiden Einstellungen kann gemäss Werth und Mayer (2008) die eigene Einstellung anderen Einstellungen gegenüber resistenter werden (S. 252). Die Autorenschaft kann sich vorstellen, dass die bewusste Gegenüberstellung einzelner Teile eines negativen Denkmusters und dem Vergleich mit der eigenen Einstellung zu einer Auseinandersetzung im Denkprozess führt, die eine Reflexion der eigenen Gedanken, Ansichten und Einstellungen bewirkt.

Nehmen wir das Beispiel der Hoffnungslosigkeit als Teil der negativen Denkweise bei Depressiven, die wir nun als Sozialarbeitende mit der eigenen Einstellung vergleichen. Daraus folgt vermutlich, dass wir uns mit dem Faktor der Hoffnungslosigkeit nicht identifizieren, da wir als Sozialarbeitende (so nimmt die Autorenschaft an) positive Perspektiven hinsichtlich des Berufs- und Privatlebens in uns tragen und so die Hoffnungslosigkeit für uns keine Relevanz als Teil der eigenen Einstellung darstellt. Damit kann sowohl eine Distanzierung von diesem Teil der negativen Denkweise des Gegenübers (depressive Klientel) erfolgen, als auch mithilfe dieser Einstellungsimpfung eine Resistenz der Eigenen erwirkt werden. Wichtig hierbei ist die Vergegenwärtigung der eigenen Einstellung, denn dieser Vergegenwärtigungsprozess dient auch zur Resistenz der eigenen Einstellung (Werth & Mayer, 2008, S. 253).

Bereits die Auseinandersetzung mit der Einstellung kann als sogenannte Vorwarnung (S. 252) hilfreich sein, damit eine standfeste eigene Meinung gebildet werden kann und man für Einflüsse von aussen (bewusst und unbewusst einwirkend) resistenter in der eigenen Einstellung werden kann. Herr F. berichtete diesbezüglich, dass er sich anhand der eingereichten Unterlagen vor den Erstgesprächen immer eine Vorstellung der Kundschaft machen kann. Diese Vorstellung beeinflusst unter anderem seine Erwartungen (pers. Mitteilung, 00:09:07).

Voraussetzung, damit die Einstellungsimpfung in Bezug auf die negative Grundeinstellung Depressiver gelingen kann, ist das Vorhandensein einer positiven Einstellung bei Sozialarbeitenden. Die positive Einstellung kann als Kontra der Ausführung des Begriffs des Negativen anlässlich der Definition der negativen Grundeinstellung (vgl. Kapitel 3.4.1) angesehen werden. Konkret stellt sie demnach eine optimistische, zukunftsorientierte Haltung hinsichtlich verschiedener Einstellungsobjekte dar, die frei von einengenden Gedanken, Gedankenkreisen, Grübeln und Selbstzweifel der eigenen Person ist (Wolfersdorf, 2011, S. 22). Auch beinhaltet eine positive Einstellung die Freiheit und Option, alle Sichtweisen und Bewertungsmöglichkeiten der Betrachtung einer Situation, einer Beziehung oder eines Ereignisses zur Verfügung zu haben und abzuwägen, welche für die eigene Person Gültigkeit hat (S. 21-22). Die positive Einstellung von Sozialarbeitenden ist im Beratungsprozess mit Menschen mit Depressionen nicht nur für die Einstellungsimpfung notwendig, sondern auch

nützlich, um der depressiven Klientel Hoffnung und Sicherheit zu vermitteln (Mahnkopf, 2015, S. 48).

Grundsätzlich erachtet die Autorenschaft den Ansatzpunkt der Einstellungsimpfung im Umgang mit depressiver Klientel als umsetzbar und praxisrelevant. Es muss aber beachtet werden, dass auch Sozialarbeitende Tage haben können, an denen sie schlecht gelaunt und gedrückter Stimmung sind. Haben Sozialarbeitende eine schlechte Stimmung, so wird die Einstellungsimpfung erschwert, weil die Argumente der depressiven Klientel nur mit Mühe gegenübergestellt werden können. Die Gefahr, sich mit der negativen Grundeinstellung Depressiver zu identifizieren, ist bei einer schlechten innehaltenden Stimmung erhöht.

Die Möglichkeit der Anwendung der Einstellungsimpfung ist unabhängig vom Setting und Arbeitskontext in der Sozialen Arbeit aufgrund der Gedankenfreiheit gegeben. Auch wenn die Distanzierung vermutlich (müsste zuerst in der Praxis überprüft werden) in der Praxis umsetzbar ist, sollte beachtet werden, dass es für Depressive aufgrund ihres angeschlagenen Selbstwertgefühls wichtig ist, dass sie sich so angenommen fühlen, wie sie sind (Mahnkopf, 2009, S. 38). Für Sozialarbeitende bedeutet dies, dass auch, wenn eine kognitive Abgrenzung vorgenommen wird, das Gegenüber diese Abwägung nicht spüren sollte, da sie durch ihre Krankheit bereits ein negatives Selbstbild haben (Härter & Schneider, 2017, S. 340), welches dadurch verstärkt werden könnte.

9.1.1.2 Intuitives Denken

Ein weiterer Ansatzpunkt, der auch in der kognitiven Distanzierung zu verorten ist, ist das intuitive Denken nach Gigerenzer (SWR, 2017). Geht die Autorenschaft von der Definition der Intuition nach Gigerenzer aus, so kann gefühltes Wissen, dass in der jeweiligen Situation sehr rasch im Bewusstsein abrufbar, aber dessen Ursprung unklar ist, aber dennoch für die Person in der entsprechenden Situation als die richtige Lösung aufgefasst wird, für den Distanzierungsprozess hinsichtlich der Leitfrage hilfreich sein (SWR, 2017).

Dass die Intuition für Fachpersonen in der Zusammenarbeit mit Menschen mit Depressionen Anwendung findet, wurde unter anderem in den Expertinnen- und Experteninterviews durch Herrn F. und Frau B. bestätigt. Herr F. äusserte, dass er in seiner Tätigkeit als Sozialarbeiter auf sich selbst hört, um zu entscheiden, ob er bestimmte Themen im Gespräch vertieft (pers. Mitteilung, 00:13:08). Frau B. meinte in diesem Zusammenhang, dass sie als Psychologin im Gespräch intuitiv entscheidet, wie viel sie von sich selbst preisgibt (00:03:33). Herr F. sowie Frau B. greifen gemäss Gigerenzer durch das intuitive Handeln individuell auf ein unbewusstes Expertise-Wissen zurück (2007, S. 25) Dieses Wissen ist individuell, weil es auf bereits gesammelten Erfahrungen basiert, auch wenn dies zum Zeitpunkt der Anwendung dem Betroffenen nicht bewusst ist (SWR, 2017). Dörr und Müller stützen die Anwendung von der

Intuition, in dem sie behaupten, dass Problemfälle von Sozialarbeitenden nur bearbeitet werden können, wenn nebst Fach- und Fallwissen auch intuitive und persönliche Erfahrungen in die Beratung miteingebracht werden (2012, S. 9).

Gemäss Gigerenzer sind diese intuitiven Handlungen mithilfe von sogenannten Faustregeln erklärbar (2007, S. 4). Faustregeln in der Fachliteratur auch Heuristiken genannt, sind intuitive Regeln, die uns helfen, z.B. das komplexe Arbeitsgeschehen zu strukturieren und das Denken zu erleichtern (Betsch, Funke & Plessner, 2011, S. 18). Sie basieren auf eigenen Erfahrungen, Bewertungen, Vorurteilen und innehaltenden Wertebilder, weshalb jeder Mensch individuelle Faustregeln besitzt (SWR, 2017). Frau B. berichtete, dass sie ihren Patientinnen und Patienten je nach Diagnose mehr oder weniger von sich selbst preisgibt. Dieses Verhalten lässt sich beispielsweise mit der Repräsentativitätsheuristik als Faustregel erklären. Diese Art der Faustregel (Repräsentativitätsheuristik) nutzen wir unbewusst, um unsere Umwelt in Kategorien einzuordnen („Heuristik“, 2017). Wir nutzen eigene Kriterien, um die Kategorisierung vorzunehmen, die uns dabei helfen, schneller und effektiver zu denken (2017). Frau B. unterteilt ihre Patientinnen und Patienten mithilfe eigener Kriterien (Diagnose und damit verbundene Symptome). Durch das Schaffen von Kategorien, fühlt sich Frau B. sicherer im Umgang mit der Bekanntgabe von privaten Informationen.

Auch wenn bei Faustregeln die Gefahr besteht, dass man sich durch sie täuschen lässt (Betsch, Funke & Plessner, 2011, S. 18), schliesst sich die Autorenschaft Dörr und Müller an, die meinen, dass die Intuition unter anderem auch Bestandteil für die Bearbeitung von Fällen ist (2012, S. 9). Da bei der Zusammenarbeit bei Menschen mit Depressionen die Gefahr besteht, dass Sozialarbeitende sich hilflos fühlen (pers. Mitteilung, Frau M., 00:09:16), ist es wichtig, dass sie auf ihre Intuition zurückgreifen können und dürfen, weil diese ihnen Sicherheit verschaffen kann. Das Gefühl von Sicherheit begünstigt nach Auffassung der Autorenschaft wiederum den Distanzierungsprozess. Wichtig hierbei ist zu erwähnen, dass Sozialarbeitende ihre intuitiven Entscheidungen stets reflektieren sollten, um nicht blind für andere bzw. neue Lösungswege zu sein („Faustregeln“, n.d.). Die Autorenschaft hat nach eigenen Reflexionsprozessen konstatiert, dass sie im Berufsalltag bereits mehrfach intuitive Entscheidungen und Denkprozesse vollzogen hat, die nicht zu nachteiligen Ergebnissen geführt haben.

Der Autorenschaft ist es wichtig zu erwähnen, dass die Intuition zwar in komplexen Situationen Sicherheit verschaffen kann, aber das rationale Denken rund um Fachfragen Priorität haben sollte. Die Intuition kann in unsicheren Situationen wie z.B. dem Gefühl der Hilflosigkeit punktuell genutzt werden, trotzdem setzt professionelles Handeln stets Fach- und Fallwissen voraus.

9.1.2 Distanzierung durch Austauschgefässe

Eine weitere Distanzierungsstrategie ist der Austausch unter Fachpersonen. Bereits Dahm und Kunstreich fanden durch ihre Interviews heraus, dass die Gestaltung einer professionellen Beziehung in der Ausbildung nur selten thematisiert wurde und Sozialarbeitende unter anderem deshalb das Gefäss von Supervisionen gerne zur Unterstützung nutzen (2011, S. 638).

Der Austausch kann im Anschluss an Beratungssettings mit depressiven Personen dazu dienen, dass das eigene Handeln (wieso habe ich so gehandelt, mich so abgegrenzt, mir folgende Gedanken gemacht) im Austausch mit anderen Fachpersonen abgeglichen, besprochen und auch als Abgabe eines Teils der Verantwortung dient. Herr F. beispielsweise berichtete davon, dass er während eines Beratungsgesprächs mit einer depressiven Person, die Hoffnungslosigkeit von ihr so sehr spürte, dass er nicht wusste, wie die weitere Zusammenarbeit gestaltet werden sollte. Das Geschehene und die damit verbundene eigene Hoffnungslosigkeit: „ich weiss nicht, was ich in diesem Setting bewegen kann“, hat er anschliessend seinem Vorgesetzten erzählt (pers. Mitteilung, 00:08:31). Die Autorenschaft vermutete, dass sich Herr F. durch die Erzählung entlasten konnte und sich Rat erhoffte. Diese Vermutung wird aufgestellt, weil die Autorenschaft bereits ähnliche Situationen erlebt hat und somit weiss, wie hilfreich es sein kann, die empfundenen Gefühle und Empfindungen der Hilflosigkeit mit anderen Fachpersonen zu besprechen. Auch Frau B. berichtete, dass ihr der Austausch im interdisziplinären Team sehr wichtig ist, weil sie sich beraten lassen kann und Rückmeldung einholen kann (pers. Mitteilung, 00:07:21). Der Austausch wirke sich dann auch wieder positiv auf den Austausch mit der Klientel aus, weil sie sich als Fachkraft nicht alleine fühlt (00:07:37). Frau B. schätzt es, auch Gespräche mit depressiver Klientel gemeinsam mit anderen Fachkräften durchzuführen, weil dann nicht die ganze Last auf ihren Schultern liegt und sie die Verantwortung teilen kann (00:07:52). Der Austausch mit anderen Sozialarbeitenden, Teammitgliedern wie z.B. anderen involvierten interdisziplinären Berufsgruppen schafft somit Entlastung für die eigene Person und dient der Psychohygiene. Zudem kann die Legitimation des eigenen Handelns (Professionalität) gestützt werden.

Nebst einfachen Tür- und Angelgesprächen zwecks eines Austausches, können auch andere Teamgefässe wie Teamsitzungen, Super- sowie Intervisionssitzungen dafür dienlich sein, Unsicherheiten anzusprechen und erfahrene Gefühle, Eindrücke und Stimmungen kundzutun. In diesem Zusammenhang berichtete Frau M. davon, dass der Austausch im Team für sie als Oberärztin besonders wichtig ist, wenn ihr Geschichten (wie Suizidalität bei Menschen mit Depressionen) besonders nahegehen (pers. Mitteilung, 00:06:41). Die Teilung dieser Eindrücke hilft, Distanz herzustellen, die Last von erfahrenen negativen Eindrücken offenzulegen und mittels dieser Psychohygiene die eigene Gesundheit zu wahren.

Die Tauglichkeit dieser Vorgehensweise zur Verarbeitung und indirekten Distanzierung von negativen Einstellungen ist aus Sicht der Autorenschaft gegeben. Voraussetzung, damit dieser Austausch gelingt, ist die Initiative, von sich aus Kontakt mit anderen Fachmitarbeitenden aufzunehmen, die erfahrenen Gefühle, Eindrücke und Stimmungen in den genannten Settings kundzutun und transparent, offen und ehrlich zu sich selbst zu sein. Weiter bedarf es ausgeglichenen, vertrauensvollen und stimmigen Teammitgliedern, denen man sich generell anzuvertrauen vermag.

9.1.3 Distanzierung durch Ausgleich und Rollentrennung

Eine weitere Methode, um Distanz zu der negativen Grundeinstellung von Menschen mit Depressionen zu wahren, ist eine ausgeglichene Work-Life-Balance. Das Verhältnis von Beruf- und Privatleben ist dann ausgewogen, wenn die privaten Interessen mit den Anforderungen der Arbeitswelt in Einklang gebracht werden können (Berufsstrategie, n.d.). Ein Indikator um den Einklang zu veranschaulichen, ist z.B. das regelmässige Besuchen eines Trainings im Anschluss an die Arbeit, ohne Zugeständnisse auf Absage dieses privaten Termins infolge der Arbeitsbelastung. Das vorherige Beispiel zeigt auf, dass wenn man sich nur auf einen der beiden Bereiche konzentriert, die eigene Lebensqualität dadurch eingeschränkt wird (Berufsstrategie, n.d.). Kann also keine Balance hergestellt werden, erhöht sich der emotionale Stress, was gemäss Allroggen et al. zu psychischen Belastungen führen kann und somit die Gefahr besteht, dass die psychische Gesundheit von Sozialarbeitenden nicht gewahrt wird (2017, S. 49). Herr F. bestätigt dies, indem er berichtete, dass es in seiner Tätigkeit als Sozialarbeiter eine Zeit gab, in der ihm die Balance nicht gelang, was zu einer psychischen Beeinträchtigung führte. Herr F. erzählte, dass er anfänglich am Samstag (ausserhalb der regulären Arbeitszeit) arbeiten ging, weil er aufgrund der hohen Fallbelastung auf dem Sozialdienst unter der Woche nicht alles erledigen konnte. Mit der Zeit ging er dann auch am Sonntag arbeiten und es kam sogar soweit, dass auch bei familiären Aktivitäten seine Gedanken um die Arbeit kreisten. Als er eines Tages einen Ausflug mit seiner Familie zum See machte und währenddessen ununterbrochen an die Arbeit dachte, merkte er, dass etwas mit ihm nicht stimmt, weil er sich nicht mehr abgrenzen konnte (pers. Mitteilung, 00:15:32). Das Beispiel von Herrn F. zeigt deutlich, dass es wichtig ist, dass die Rolle als Sozialarbeiterin bzw. Sozialarbeiter und die Rolle als Privatperson getrennt werden, weil sonst die psychische Gesundheit darunter leidet. Herr F. hat glücklicherweise bemerkt, dass die andauernden Gedanken an die Arbeit nicht gesund sind und konnte sich rechtzeitig Hilfe suchen. In seiner heutigen Tätigkeit als IIZ-Berater kann er sich nach eigenen Aussagen gut abgrenzen, um gesund zu bleiben. Dazu geht er in seiner Freizeit seinem Hobby der Musik nach, verbringt viel Zeit in der Natur und kümmert sich um seine Familie (00:13:56).

Frau B. berichtete in diesem Zusammenhang, dass sie durch ihre Ausbildung als Psychologin Einzelstunden bei einer Therapeutin absolvieren muss, in denen unter anderem thematisiert wird, wie sie mit den während der Arbeit erlebten Eindrücken im Privatleben umgehen kann (pers. Mitteilung, 00:09:16). Für einen gesunden Ausgleich zur Arbeit plant sie zudem regelmässig gewisse Aktivitäten ein, die ihr guttun (pers. Mitteilung, 00:09:16). Diese bewussten Belohnungen nutzt sie, um abzuschalten bzw. nicht an die Arbeit zu denken (00:09:24). Belohnungshandlungen für den Ausgleich zur Arbeit erachtet auch die Autorenschaft als notwendig und hilfreich, um eine gute Work-Life-Balance einerseits zu wahren, sich aber andererseits auch immer wieder zu vergegenwärtigen, dass die Rolle, die man als Fachperson bzw. als Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter einnimmt, eine berufliche ist und es nebst der beruflichen Verpflichtung auch noch ein Privatleben gibt, welches nicht mit dem Beruf als Fachperson der Sozialen Arbeit verknüpft ist.

Damit dieser „Cut“ gelingen kann, wendet Frau M. die Technik an, dass sie nach Abschluss der Arbeit am Abend bewusst die Bürotür schliesst und so die Geschichten, Gefühle und Emotionen im Büro zurücklässt, um sich so zwecks Wahrung der Gesundheit zu distanzieren (pers. Mitteilung, 00:10:15). Dieser Aspekt könnte auch im bewussten Abgrenzen der Gedanken eingeordnet werden. Die Autorenschaft hat die Erfahrung gemacht, dass der Ausgleich im Privaten (z.B. sich genügend Zeit für wöchentliche Aktivitäten einplanen) dazu führt, dass allfällige negative Gedanken über die Arbeit so besser distanziert werden können und der Fokus durch die klare Rollentrennung (nun bin ich in der Freizeit, berufliches gehört hier nicht hin) gelingt. Man schickt also allfällige negative Gedanken über die Arbeit sozusagen während der arbeitsfreien Zeit „bewusst in die Ferien“, um sich gedanklich abzugrenzen und eine gesunde Distanz zum Arbeitsalltag zu wahren.

Die Autorenschaft findet den Ausgleich zur Arbeit bei der Zusammenarbeit mit Menschen mit Depressionen besonders wichtig, weil gemäss Aussage von der Oberärztin Frau M. durch das Gefühl der Hilflosigkeit, das Gefühl aufkommen kann, möglichst viel für die depressive Person tun zu wollen / müssen (pers. Mitteilung, 00:09:16). Gelingt es Sozialarbeitenden nicht, sich von diesem Gefühl zu lösen, so vermutet die Autorenschaft, dass die Gefahr eines psychischen Zusammenbruchs erhöht ist. Auch wenn Sozialarbeitende Menschen mit Depressionen Orientierung und Hoffnung vermitteln sollen, ist es wichtig, dass den Betroffenen die Autonomie nicht abgesprochen wird (Mahnkopf, 2015, S. 48).

Eine gesunde Abgrenzung zum Beruf durch Ausübung bestimmter Freizeitaktivitäten, Hobbys und Zeitaufwendungen für Familie, Freunde und Bekannte stützt die physische und psychische Gesundheit und unterstützt gleichzeitig Betroffene bei der Wahrung ihrer Selbst-

bestimmung und Selbständigkeit. Die Abgrenzung ist nach Auffassung der Autorenschaft dann gesund, wenn sie der Person hilft, objektiv zu bleiben, sich emotional soweit distanzieren zu können, dass die Arbeit nicht zu nahegeht, und sich die betreute Person weder vernachlässigt noch nicht ernstgenommen fühlt.

Die Umsetzung erfordert nach Erfahrungswerten der Autorenschaft eine gute psychische wie auch physische Gesundheit (vgl. Kapitel 2.3), damit der Ausgleich konsequent durchgeführt werden kann. Die Autorenschaft sieht die Punkte des konsequenten Abgrenzens und der laufenden Vergegenwärtigung, in welcher Rolle man sich befindet, als wichtige Faktoren an, damit eine gesunde Balance zwischen Beruflichem und Privatem gelingt und eine gesunde Distanzierung erfolgen kann.

9.1.4 Distanz durch strukturelle und institutionellen Rahmenbedingungen

Auch wenn diese Distanzmöglichkeit bereits im Kapitel der Distanzierung angeschnitten wurde, empfindet es die Autorenschaft als relevant, diese auch im Zusammenhang mit Menschen mit Depressionen nochmals auszuführen, weil die befragten Expertinnen und Experten immer wieder Bezug dazu nahmen. Auch wenn eine Wiederholung kaum zu vermeiden ist, wird versucht, bereits genannte Aspekte nicht nochmals zu vertiefen.

9.1.4.1 Die Rolle und Aufgabenbereich

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter üben in ihrer Tätigkeit eine professionelle Rolle aus. Da die Rollen mit Aufgaben, Erwartungen und Machtverhältnissen verbunden sind (Dahm & Kunstreich, 2011, S. S. 640; Gräber, 2015, S. 333), kann die Einnahme der professionellen Rolle als Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter eine Möglichkeit sein, um sich von der negativen Grundeinstellung Depressiver zu distanzieren.

Die Abgrenzung kann beispielsweise dadurch erfolgen, indem Sozialarbeitende sich auf ihren Aufgabenbereich fokussieren und versuchen, andere Bereiche wie z.B. die Depression, ganz oder teilweise ausser Acht zu lassen. Herr F. beispielsweise berichtete, dass er sich während seiner Tätigkeit als IIZ-Berater ausschliesslich um den Bereich Arbeitsintegration kümmert (pers. Mitteilung, 00:04:39). Damit seine Kundschaft weiss, dass andere Themen in diesem Setting keinen oder nur wenig Raum einnehmen, macht er bei Erstgesprächen auf seine Funktion und seinen Aufgabenbereich aufmerksam (00:05:08). Herr F. versicherte uns, dass dieses Ausschliessen von gewissen Themen für ihn eine bewusste Wahl ist (00:06:20), weil er sich somit auf die relevanten Aspekte konzentrieren kann. Die Autorenschaft geht davon aus, dass diese Transparenz auch hilfreich für die Klientel ist, weil dadurch keine - oder weniger - falsche Erwartungen und Hoffnungen in Bezug auf den Beratungsverlauf aufkommen. Dies empfindet die Autorenschaft besonders bei der Arbeit mit Menschen mit Depressionen als wichtig, weil durch das Krankheitsbild der Depression sind Betroffene oft in

der eigenen Erwartungshaltung betrübt und können aufgrund der Antriebslosigkeit und anderen depressiven Symptomen den eigenen Erwartungen nicht gerecht werden (Wolfersdorf, 2011, S. 22). Dies bestätigt ihr negatives Selbst- und Weltbild. Gerade hier ist es wichtig, dass eine klare Rollentransparenz erfolgt, damit sich keine unrealistische Erwartungshaltung der Klientel gegenüber den Sozialarbeitenden ergibt.

Die Autorenschaft vermutet, dass die klare Abgrenzung des Aufgabenbereiches im Falle von Herrn F. gut funktionieren kann, doch in anderen sozialarbeiterischen Settings wie beispielsweise einem klinischen Sozialdienst, die klare Trennung schwer wird, weil die Depression im Fokus steht und viele Bereiche betrifft. Herr G., der jahrelang in der psychiatrischen Klinik St. Urban als Sozialarbeiter tätig war, berichtete in diesem Zusammenhang, dass auch in solchen Settings bei der Beratung von Menschen mit Depressionen durch verschiedene Formalitäten Distanz geschaffen werden kann. In einem professionellen Setting duzen sich Sozialarbeitende und Klientel nicht und Beratungsgespräche finden frontal (gegenübersitzend) statt (pers. Mitteilung, 00:07:35). Diese zwei Beispiele unterstreichen die Unterscheidung einer professionellen und einer freundschaftlichen Beziehung (Dahm & Kunstreich, 2011, S. 640). Durch das Siezen wird Professionalität vermittelt und durch frontale Gespräche wird durch den Tisch oder den Platz dazwischen eine räumliche Distanz hergestellt (pers. Mitteilung, Herr G., 00:07:35). Zudem berichtet Herr G., dass er sich bewusst war, dass er keinen therapeutischen Auftrag hatte, sondern einen sozialarbeiterischen. Deshalb vermied er es beispielsweise zum Teil bei intensiven Lebensgeschichten viel nachzufragen. Er verschaffte sich somit ebenfalls durch seine Funktion und seinen vorgegebenen Aufgabenbereich eine gewisse Distanz (00:09:20).

9.1.4.2 Häufigkeit der Berührungspunkte und Erreichbarkeit

Im Zusammenhang mit den Rahmenbedingungen und der Distanzierung spielt die Häufigkeit der Gespräche zwischen Fachkraft und Klientel sowie auch die Erreichbarkeit eine entscheidende Rolle.

Bereits im Kapitel „Distanzierung“ wurde erwähnt, dass die durch Gräber interviewte Sozialarbeiterin sich ihren Bewohnern und Bewohnerinnen nahe fühlte, weil sie die Betroffenen über Jahre hinweg intensiv begleitete und unterstützte (2015, S. 330). Herr F. berichtete in diesem Zusammenhang davon, dass er eher selten und nur relativ kurze Berührungspunkte mit Menschen mit Depressionen während der Arbeit erlebt (pers. Mitteilung, 00:02:15) und ihm die Abgrenzung unter anderem deswegen sehr gut gelingt bzw. dass er deswegen eine Abgrenzung nicht gross braucht (00:03:44). Herr G. meinte, dass sich die Zusammenarbeit mit Menschen als besonders schwierig erweist, weil dies eine Personengruppe ist, die eher still ist und nur wenig redet (pers. Mitteilung, 00:04:30). Aufgrund

der Stille, der sozialen Isolation, der Energielosigkeit, der Ermüdbarkeit und der Perspektivlosigkeit sei es bei Menschen mit Depressionen anfangs wichtig, dass eine Beziehung mithilfe von Nähe hergestellt wird (00:13:05). Da die Arbeit aufgrund der Symptome von Depressiven aber eine „dicke Haut“ benötigt, verschafft sich Herr G. Distanz, indem er nur eine gewisse Anzahl Gespräche pro Tag durchführt (00:19:00).

Frau M. kann mithilfe der Erreichbarkeit eine gewisse Abgrenzung herstellen (pers. Mitteilung, 00:05:40). Als sie im Psychiatricentrum Münsingen tätig war, hatten alle ihre Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen ihre direkte Nummer (00:05:53). Frau M. war somit auch ausserhalb der offiziellen Arbeitszeit für alle erreichbar. Die Autorenschaft vermutet, dass dadurch eine Abgrenzung von Arbeit und Privatleben enorm erschwert ist, weil jederzeit mit einem Anruf gerechnet werden muss. Diese Annahme wird von Frau M. bestätigt. Sie erzählte, dass heute - in der Alterspsychiatrie -, alle Anrufe über das Sekretariat laufen (00:06:01). Frau M. schätzt das sehr, weil es ihr somit die Möglichkeit gibt, sich um Telefonate etc. zu kümmern, wenn sie die Zeit dazu hat (00:06:13). Sie hat dadurch wieder eine gewisse Entscheidungsmacht über ihre Zeiteinteilung erhalten, was wiederum auch eine gewisse Distanz zu den Patientinnen und Patienten herstellt. Dies erachtet die Autorenschaft bei der Zusammenarbeit mit Menschen mit Depressionen als besonders wichtig, weil eben diese Personengruppe bei Fachkräften das Gefühl von Hilflosigkeit auslösen kann (pers. Mitteilung, Frau B., 00:04:42). Wenn die Fachkraft genügend Zeit hat gewisse Anliegen vorher durchzudenken, wird die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass nicht zu viel für die Betroffenen gearbeitet wird, sondern mit ihnen zusammen.

9.1.5 Distanz durch Geheimhaltung von persönlichen Informationen

Bereits Dahm und Kunstreich haben durch ihre Interviews erfahren, dass über das Mass der Bekanntgabe von privaten Details über die Fachkraft, Distanz zur Klientel geschaffen werden kann (2011. S. 638). Die interviewten Fachkräfte berichteten davon, dass sie je nach Diagnose unterschiedlich viel von sich selbst preisgeben (S. 643). Diese Aussage unterstützt Frau B. Frau B. klärt ihre Patientinnen und Patienten über ihre Funktion als Psychologin auf, gibt aber grundsätzlich keine privaten Details weiter (00:03:28). Es gibt Patientinnen und Patienten, welche nach privaten Details fragen, doch Frau B. entscheidet je nach Diagnose, wie viel sie von sich preisgibt (00:03:43). Frau B. ist davon überzeugt, dass die Bekanntgabe einen Einfluss auf die Distanz zum Gegenüber hat (00:03:41). Frau B. berichtete, dass es zum Teil auch schwer sei, nichts preiszugeben, weil beispielsweise ihre Eltern im Nachbarsdorf leben und sie regelmässig bei ihnen übernachtet, hat sie auch schon Patientinnen und Patienten beim Einkaufen angetroffen (00:04:00).

Die zurückhaltende Art bezüglich der Bekanntgabe von privaten Informationen, hängt vermutlich unter anderem auch mit der Rollenfunktion von Fachkräften zusammen. In Beratungssettings stehen Klientinnen und Klienten mit ihren Anliegen im Zentrum und nicht das Privatleben der Fachkraft. Die Intimität der Fachkraft muss zu ihrem Eigenschutz bewahrt werden (Löschner, 2016, S. 61).

Die Autorenschaft vermutete, dass bei der Zusammenarbeit mit Menschen mit Depressionen darauf geachtet werden muss, dass zwar eine Distanz - zum Eigenschutz und für die Wahrung der Professionalität - gehalten wird, sich aber die Betroffenen aufgrund der Abgrenzung nicht noch mehr zurückziehen, als sie es bereits schon tun. Dies bestätigt auch Herr G. durch seine Aussage, dass es sich besonders bei der Zusammenarbeit mit Depressiven als förderlich erweist, wenn Nähe hergestellt wird, damit sich die Betroffenen überhaupt über die Krankheit und deren Auswirkungen äussern (pers. Mitteilung, 00:13:05). Herr G. ist der Meinung, dass Depressive in Beratungsprozessen meist eine eher distanzierende Haltung einnehmen, deshalb ist es wichtig, ihnen mit Nähe zu begegnen (00:16:20). Herr G. legt deshalb besonders viel Wert auf das Joining, in den Themen wie Hobbies besprochen werden, um das Gespräch „in Gang zu bringen“ (00:16:40). Herr F. berichtete davon, dass sich eine depressive Kundin bei ihm geborgen gefühlt hatte, weil sie sich ernst genommen fühlte und von ihr nichts verlangt wurde, dass sie überforderte (00:11: 10).

Diese Aussage von Herrn F. deutet darauf hin, dass auch ohne Bekanntgabe von eigenen Privatangaben eine stabile Beziehung aufgebaut werden kann, wenn sich die betroffene Person wertgeschätzt und nicht überfordert fühlt. Überforderung und Stress sollte bei Menschen mit Depressionen wie bereits mehrfach in dieser Arbeit erwähnt, unbedingt vermieden werden, weil dies zu einem sozialen Rückzug führen kann und krankheitsfördernd ist (Keck, 2012, S. 21).

9.1.6 Distanzierung durch die lösungsorientierte Arbeitsweise

Eine weitere Möglichkeit, sich im Beratungsprozess mit Depressiven von der negativen Grundeinstellung zu distanzieren, ist die lösungsorientierte Arbeitsweise. Mithilfe der Sprache sollen in der lösungsorientierten Gesprächsführung nicht Probleme gelöst werden, sondern Veränderungen in Richtung des Ziels angestrebt werden (Schmitz, 2016, S. 18). Die Frage nach der Entstehung von Problemen hat in der Lösungsorientierung keine Relevanz (Eger, 2016, S. 9), weil diese als Teil des Lebens betrachtet werden (Bamberger, 2005, S. 33). Der Fokus liegt demnach auf den Zielen und den Ressourcen der Klientel und nicht auf deren Probleme (Eger, 2016, S. 9). Herr F. berichtete dazu, dass er sich aufgrund der lösungsorientierten Arbeitsweise immer auf die gesunden Aspekte seiner Klientel fokussiert und nicht auf die kranken (pers. Mitteilung, 00:06:46). Die Depression als Krankheit gerät für ihn als

Sozialarbeiter erstmals in den Hintergrund und sein Aufgabengebiet, die Arbeitsintegration in den Vordergrund (00:07:04). Auch Herr G. versuchte mithilfe der lösungsorientierten Arbeitsweise den Fokus auf Positives zu richten und den Zustand der Klientel damit zu erhellen (pers. Mitteilung, 00:05:35).

Zwar kann die Lösungsorientierung als Unterstützung für Fachkräfte der Sozialen Arbeit in Bezug auf die Distanzierung genutzt werden, ob die Lösungsorientierung die optimale Gesprächsführung für die Beratung von Menschen mit Depressionen ist, ist eine andere Frage. Frau Molinari hat sich mit dieser Thematik in ihrer zweiten Studienarbeit befasst und mithilfe eines Expertinneninterviews sowie eines Interviews mit einer Betroffenen eruieren können, dass durchaus einige Punkte in der lösungsorientierten Gesprächsführung an die Beratung mit Menschen mit Depressionen adaptiert werden müssten, um optimal zu wirken. So wird beispielsweise in der lösungsorientierten Gesprächsführung davon ausgegangen, dass die Klientel die Expertinnen und Experten bezüglich ihrer Lebensführung sind (Schmitz, 2016, S. 17). Berater und Beraterinnen nehmen eine passive Rolle ein und sind da, um zur richtigen Zeit die richtigen Fragen zu stellen, damit die betroffene Person selbst auf die Lösung kommt (S. 17). Bei Menschen mit Depressionen muss aber beachtet werden, dass ihnen das Treffen von Entscheidungen aufgrund der Symptome schwerfallen kann (Keck, 2012, S. 12-13). Zudem sind sie oft hoffnungs- und perspektivenlos (S. 12-13). Daher ist es zweifelhaft, ob sie wirklich in jeder Depressionsphase die Expertinnen bzw. Experten in der Entscheidungsfindung sind. Das ist nur ein Bereich, der in Bezug auf Menschen mit Depressionen besonders beachtet werden muss. Damit der Fokus dieser Arbeit nicht verloren geht, wird die Adaptionsnotwendigkeit der Lösungsorientierung an Menschen mit Depressionen hier nicht weiter vertieft. Die Autorenschaft möchte darauf hinweisen, dass auch wenn keine weitere Vertiefung vorgenommen wird, die Wichtigkeit dieser Thematik trotzdem gegeben ist.

Die Autorenschaft stellt sich unabhängig von der Adaptionsnotwendigkeit die Frage, ob es sinnvoll und möglich ist, der Krankheit im Beratungsprozess keinen Stellenwert zu geben. Die Autorenschaft vermutet, dass dies auf Seiten der Klientel dazu führen könnte das Gefühl zu vermitteln, nicht ernstgenommen zu werden. Durch die Nichtbeachtung bleibt die Thematik nach Meinung der Autorenschaft weiterhin sehr schambehaftet. Herr F. erklärte, dass auch er im Beratungsgespräch nicht immer um die Thematik Depression herumkommt, weil es bei vielen auch der Grund ist, weshalb die Arbeitsintegration erschwert ist (00:07:24). Wie er auf Aussagen wie „Ich komme nicht mehr in die Arbeitswelt rein, weil ich an einer Depression leide“ reagiert, konnte er auch nicht genau sagen (00:07:24). Das lässt die Autorenschaft vermuten, dass es kaum möglich ist, die Depression ausser Acht zu lassen.

9.2 Fazit

Es kann abschliessend festgehalten werden, dass es mithilfe verschiedener Methoden möglich ist, sich im Beratungsprozess von der negativen Grundeinstellung Depressiver abzugrenzen, um eine mögliche Überlastung zu verhindern (Haas, 2014, S. 48). Die Abgrenzung ist nicht nur für Fachkräfte der Sozialen Arbeit und deren eigenen psychischen Gesundheit wichtig, sondern auch für die Klientel, weil dadurch ihre Autonomie besser gewahrt werden kann. Eine besondere Bedeutung sollte die Abgrenzungsthematik für Sozialarbeitende einnehmen, die häufige und intensive Berührungspunkte mit depressiver Klientel erleben, weil die Gefahr einer fehlenden Abgrenzung - wegen des Gefühls der Hilflosigkeit - erhöht ist.

Auch wenn mithilfe der Theorien durch die Autorenschaft Distanzierungsstrategien eruiert werden konnten, darf nicht vergessen werden, dass diese situativ und fallspezifisch eingesetzt werden sollten (Schäfter, 2010, S. 63; Dahm & Kunstreich, 2011, S. 637). Dies unter anderem aus dem Grund, weil es nicht „die Depression“ gibt. Es gibt verschiedene Depressionsarten und Phasen und das Nähe-Distanz-Verhältnis sollte individuell auf die Klientel angepasst werden. Unter anderem auch deshalb ist es für Fachkräfte der Sozialen Arbeit wichtig, dass sie Kenntnisse über das Krankheitsbild der Depression an sich und deren Charakteristiken haben (Mahnkopf, 2015, S. 99). Weiter muss beachtet werden, dass Nähe und Distanz, immer neu bestimmt werden müssen (Dahm & Kunstreich, 2011, S. 645), weil sie sowohl an den Bedürfnissen der Klientel angepasst werden müssen, aber auch an den Bedürfnissen der Fachkraft (S. 643). Hier soll auch nochmals auf den Exkurs hingewiesen werden, indem sich die Autorenschaft mit den Auffälligkeiten der Klientel und den Folgen für Depressive auseinandergesetzt hat. Die allgemeinen Auffälligkeiten der Klientel haben für Depressive Folgen, die wiederum mit Bedürfnissen ihrerseits gekoppelt sind (vgl. Kapitel 6). Die Thematik Sympathie und Antipathie nimmt in Zusammenhang mit der Nähe-Distanz Regulierung ebenfalls eine bedeutende Rolle ein (Schäfter, 2010, S. 63).

In der Fachliteratur wird durch Heiner darauf hingewiesen, dass besonders bei Sozialarbeitenden, die frisch aus der Ausbildung in das Berufsleben einsteigen, die Gefahr erhöht ist, dass sie sich zu viel engagieren (zit. nach Schäfter, 2010, S. 62) und sich so rasch emotional verausgaben. Erfahrenere Sozialarbeitende wissen, dass der Erfolg einer Beratung nicht allein von ihrem Engagement, sondern der Erfolg massgebend von der ratsuchenden Person abhängt (S. 62). Dass die Erfahrung wichtig ist, um sich selbst und seine Grenzen wahrzunehmen, wurde in den Interviews bestätigt (vgl. pers. Mitteilung, Frau M., 00:04:56). Es ist daher wichtig, dass sich besonders auch Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger mit sich selbst und ihren Grenzen und ihrem Belastungsniveau auseinandersetzen, um eine Überlastung und im schlimmsten Fall ein Burnout zu verhindern. Die Autorenschaft erhofft sich mit der vorliegenden Arbeit einen wertvollen Beitrag dazu zu leisten.

10 Nachwort

Wir möchten im Nachwort noch die Gelegenheit nutzen, darauf aufmerksam zu machen, dass die eruierten Distanzierungsstrategien momentan lediglich auf Theorien basieren. Obwohl es für uns sehr spannend gewesen wäre, konnte im Rahmen dieser Arbeit eine Überprüfung in der Praxis (noch) nicht stattfinden. Dies wird aber in der zukünftigen praktischen Tätigkeit angestrebt. Uns ist bewusst, dass der Stimme der Betroffenen (Menschen mit Depressionen) aufgrund der Leitfrage - die den Fokus auf der Fachkraft hat - keine Beachtung geschenkt wurde. Auch wenn es uns ebenfalls wichtig gewesen wäre, mit depressiven Menschen zu sprechen anstatt über sie, war dies im Rahmen dieser Arbeit leider nicht möglich.

Wir durften durch das Verfassen dieser Arbeit viel Neues lernen und bedanken uns hiermit bei der Fachbegleitung Herrn Olaf Maaß für die tatkräftige Unterstützung. Dank seiner Inputs, Ratschlägen und Ideen konnten anlässlich der Austauschtreffen das Wesentliche im Blick behalten, und konkrete Antworten auf unsere Leitfrage gefunden werden. Ein weiteres Dankeschön gilt Herr F., Frau B, Herr G. und Frau M. Dank ihrer Offenheit in den Interviews ist es uns gelungen, Stimmen von Expertinnen und Experten in die Arbeit einfließen zu lassen und somit einen Theorie-Praxis-Transfer zu vollziehen. Da für uns von Beginn der Arbeit an klar war, dass wir praktische Handlungsempfehlungen für die Praxis ausarbeiten möchten, um einen konkreten Mehrwert für die zukünftige Praxistätigkeit zu erhalten, stellten die erfahrenen praktischen Erfahrungswerte der Interviewten einen wichtigen Baustein für die Beantwortung der Leitfrage dar.

Ein herzliches Dankeschön ist auch unseren Müttern - Manuela Wasser und Yvonne Zbinden - auszusprechen, die Stunden investiert haben, um unsere Arbeit Korrektur zu lesen und uns mental unterstützten. Weiter möchten wir uns bei unseren Familien, Lebenspartnerin und Lebenspartner sowie unseren Freunden bedanken, die uns ebenfalls unterstützt und es uns ermöglicht haben, unsere Prioritäten richtig zu setzen.

11 Weiterführende Gedanken

11.1 Marco Leuenberger

Mein übergeordnetes Ziel vor Beginn der Bachelor-Thesis war es, eine Leitfrage bearbeiten zu können, die mich in der Thematik interessiert und gleichzeitig einen Mehrwert für die zukünftige praktische Tätigkeit als Sozialarbeiter darstellt. Nach Fertigstellung dieser umfassenden und zeitintensiven Arbeit, kann ich nun für mich konstatieren, dass Natascha und ich konkrete Handlungsansätze zur Distanzierung im Beratungsprozess, die ferner zur Wahrung der psychischen Gesundheit als Fachperson der Sozialen Arbeit beitragen, eruieren konnten.

Während meiner beiden Praktika als Sozialarbeiter in Ausbildung - klinischer Sozialdienst in der Psychiatrie, sowie in der ambulanten Suchtberatung -, stellte ich bei mir mehrfach das Gefühl der Hilflosigkeit in der Zusammenarbeit mit depressiver Klientel, fest. Dieses Gefühl der Hilflosigkeit, welches einen Bestandteil der depressiven Symptomatik beinhaltet, führte bei mir anschliessend oft dazu, dass ich mich in der Tätigkeit als Sozialarbeiter überengagierte und symbolisch die Klientin oder den Klienten „den Berg hochtragen wollte“. Ich habe in diesen Fällen nicht mehr nur mit der Klientel, sondern eher für die Klientel gearbeitet. Dies möchte ich zukünftig unbedingt vermeiden, da die Klientel nur bei einem „miteinander“ den grössten Nutzen und die Hilfe zur Selbsthilfe erfährt. Die emotionale Anteilnahme an depressiven Klientinnen und Klienten und die gleichzeitig gesunde Distanzierung meinerseits im Beratungsprozess als Fachperson der Sozialen Arbeit, stellt eine Herausforderung dar. Denn der professionelle Umgang mit Klientel, welche sich aufgrund einer depressiven Erkrankung und der sozioökonomischen Situation in erschwerten Lebensumständen befindet, ist nicht einfach. Einerseits braucht diese Klientel Nähe, um sich in ihrer ohnehin schwierigen Situation in der eigenen Person wahrgenommen und akzeptiert zu fühlen, andererseits benötige ich als Fachperson aber auch eine angemessene Distanz, damit ich gesund bleiben und der Klientel fachgerechte Unterstützung bieten kann.

Eine für mich zentrale Voraussetzung, dass ich als Sozialarbeiter gesund bleibe, ist der Ausgleich zum Beruf (Work-Life-Balance). Auch während der intensiven Zeit des Verfassens dieser Arbeit habe ich stets darauf Wert gelegt, einen angemessenen Ausgleich durch Freizeitaktivitäten und sozialen Kontakten zu schaffen. Denn die Gesundheit ist aus meiner Sicht ein tragender Faktor, der dazu beiträgt, ob berufliche und private Herausforderungen gelingen.

Für die Abgrenzung im Berufsalltag und speziell im Umgang mit negativen Einstellungen bei depressiver Klientel, bin ich gespannt, ob die erarbeiteten Distanzierungsstrategien ihren Zweck erfüllen. Besonders neugierig bin ich darauf, ob die kognitiven Handlungsempfehlungen von mir und Natascha einer praktischen Tauglichkeitsprüfung standhalten. Da ich mich als eher sensibel und situativ als neurotisch und leicht pessimistisch veranlagt einschätze, sind für mich die Handlungsempfehlungen für den gelingenden Start in die Berufswelt äusserst wertvoll und sicherheitsvermittelnd zugleich.

Abschliessend möchte ich mich bei meiner Schreibpartnerin Natascha ganz herzlich bedanken. Ich bin überzeugt, ohne die unterstützende, hilfreiche, motivierende und doch kritisch-reflektierende Zusammenarbeit mit ihr wäre diese Bachelor-Thesis nicht zu diesem - aus meiner Sicht - positiven Endergebnis gekommen. Ich bin trotz der intensiven und anstrengenden Zeit für die neugewonnenen Erfahrungswerte sehr dankbar. Zu guter Letzt erhoffe ich mir, dass von den erarbeiteten Handlungsempfehlungen für die Praxis auch andere Fachpersonen der Sozialen Arbeit profitieren können, um ihre Gesundheit und Professionalität mittels der eruierten Methoden langfristig zu wahren.

11.2 Natascha Molinari

Auch wenn das Verfassen dieser Arbeit eine sehr intensive Zeit mit vielen Höhen und Tiefen war, möchte ich die Zeit nicht missen, weil ich durch diese Arbeit sehr viel Neues nicht nur für mich, sondern auch über mich lernen durfte.

Auch wenn während dem Studium in einigen Fächern immer wieder auf die Wichtigkeit der Nähe-Distanz-Balance hingewiesen wurde, wurde mir erst mit dem Verfassen dieser Arbeit bewusst, dass ich gar nicht wusste, wie die Anwendung in der Praxis tatsächlich geschehen sollte. Ich realisierte zwar, dass ich auf meine eigene Gesundheit Acht geben muss, doch erst durch diese Arbeit wurde mir klar, wie gross die Gefahr bei Sozialarbeitenden ist, dass zu dieser nicht die notwendige Sorge getragen wird. Ich habe während meiner Praktika auf dem RAV Burgdorf und dem Sozialdienst Saanenland erfahren, dass ich eine Sozialarbeiterin bin, der es wichtig ist, dass mein Gegenüber die Beratung mit einem Mehrwert beenden kann. Um diesen Mehrwert zu erreichen, habe ich oft mehr getan, als es vermutlich nötig gewesen wäre. Mir ist es sehr wichtig, dass Klientinnen und Klienten sich bei mir wohl und verstanden fühlen und professionelle Unterstützung erhalten. Ich möchte unbedingt vermeiden, dass mein Gegenüber das Gefühl entwickeln könnte, dass ich ihm bzw. ihr etwas Böses möchte, sondern ich will, dass sie darauf vertrauen können, dass ich da bin, um sie / ihn in dieser schweren Zeit zu begleiten und zu unterstützen.

Ich werde weiterhin engagiert und motiviert bleiben, doch mir ist bewusst, dass die Praktika jeweils lediglich „nur“ sechs Monate dauerten, und dass wenn ich über Jahre hinweg - mit Blick auf die fehlende Zeitressource und die hohen Fallzahlen - mich „überengagiere“, wird vermutlich früher oder später meine eigene Gesundheit darunter leidet. Besonders wichtig ist mir daher geworden, gemeinsam mit der Klientel zu arbeiten - und nicht für sie -, denn nur so, kann ich meiner Meinung nach tatsächlich Hilfe zur Selbsthilfe leisten, woraus die Klientel wohl den grössten Mehrwert für sich erzielen kann.

Das Thema Menschen mit Depressionen interessiert mich nicht nur wegen meines zukünftigen Berufes als Sozialarbeiterin, sondern auch, weil ich seit Jahren eine meiner besten Freundinnen begleite, die selbst an einer Depression leidet. Ich habe das Gefühl, dass diese Arbeit mir geholfen hat, ein grösseres Verständnis für Betroffene aufzubringen. Mir war zwar klar, dass sie durch ihre Krankheit im Alltag eingeschränkt sind, doch wie enorm belastend bereits alltägliche Arbeiten für sie sein können, war mir nicht bewusst. Diese Sensibilisierung wird mir bei der Ausübung meiner Tätigkeiten in der Sozialen Arbeit bestimmt nützlich sein, weil ich mich dadurch auf die Zusammenarbeit besser einstellen kann. Unsere Handlungsempfehlungen habe ich mir selbst zu Herzen genommen und werde daran arbeiten, sie zukünftig anzuwenden. Dies zu meinem Eigenschutz und zum Wohl meiner Klientel.

Abschliessend möchte ich mich hiermit auch noch bei Marco für die angenehme und konstruktive Zusammenarbeit bedanken, ich hätte mir keinen besseren Schreibpartner wünschen können. Ich bin stolz auf unser Werk und hoffe sehr, dass es auch andere Fachkräfte zum Nachdenken anregt und unsere Handlungsempfehlungen bestenfalls in der Praxis Anwendung finden.

12 Literatur- und Quellenverzeichnis

- Allroggen, Marc, Fegert, Jörg M. & Rau, Thea. (2017). Psychische Belastung von Fachkräften in (sozial-) pädagogischen Arbeitsfeldern: Eine Übersichtsarbeit über Prävalenz, Entstehungsbedingungen, Folgen und Unterstützungsmöglichkeiten. *Sozial Extra*, 41(5/6), 49-53. doi:10.1007/s12054-017-0086-8
- Arnold, Susan. (2009). *Vertrauen als Konstrukt. Sozialarbeiter und Klient in Beziehung*. Marburg: Tectum Verlag.
- Aronson, Elliot, Wilson, Timothy & Akert, Robin. (2008). *Sozialpsychologie* (6. Aufl.). München: Pearson Studium.
- Avenir Social. (2015). *Die globale IFSW/IASSW-Definition der Sozialen Arbeit von 2014 in der deutschen Übersetzung* [Website]. Abgerufen von <http://www.avenirsocial.ch/de/p42014537.html>
- Avenir Social. (n.d.a). *Zielvereinbarungen mit Klientinnen in der Sozialen Arbeit* [PDF]. Abgerufen von <http://www.avenirsocial.ch/de/p42002483.html>
- Avenir Social. (n.d.b). *Sinnlichkeit und Soziale Arbeit* [PDF]. Abgerufen von http://www.avenirsocial.ch/sozialaktuell/sozial_aktuell_2492_2494.pdf
- Bamberger, Günther. (2005). *Lösungsorientierte Beratung* (3.Aufl.). Basel: Beltz Verlag.
- Baer, Niklas, Schuler, Daniela, Füglistler-Dousse, Sylvie & Moreau-Gruet, Florence. (2013). *Depressionen in der Schweiz. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration (Obsan Bericht 56)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Becchio, Silvan. (2013). *Faszination E-Learning* (Master-Thesis in MAS Informatik). Abgerufen von <http://silvanbecchio.ch>
- Beck, Thomas, Mitmansgruber, Horst, Kumnig, Martin & Schüssler, Gerhard. (2013). Depressive sehen besser - der Einfluss der Stimmung auf das Erkennen emotionaler Gesichter. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 59, 247-253.
- Berufseinsteiger. (2017). *Der Qualitätsbegriff in der Sozialen Arbeit* [Website]. Abgerufen von <http://www.berufsregister.de>
- Berufsstrategie. (n.d.). *Work Life Balance- Zwei Leben im Einklang* [Website]. Abgerufen von <https://www.berufsstrategie.de>
- Betsch, Tilmann, Funke, Joachim & Plessner, Henning. (2011). *Denken-Urteilen, Entscheiden, Problemlösen*. Heidelberg: Springer-Verlag.

- Bierhoff, Hans-Werner. (2006). *Sozialpsychologie - Ein Lehrbuch* (6. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2016). *Themenschwerpunkte im Bereich psychische Gesundheit* [Website]. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/psychische-gesundheit/themenschwerpunkte-im-bereich-psychische-gesundheit.html>
- Bundesamt für Statistik. (2012). *Gesundheitszustand - psychische Gesundheit* [Website]. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/psychische.html>
- Carl Rogers. (2000). *Die Grundhaltungen der Personenzentrierten Gesprächstherapie* [Website]. Abgerufen von <https://www.carlrogers.de>
- Colla, Herbert. (2015). Liebe und Verantwortung. In Hans-Uwe Otto & Hans Thiersch (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit* (5. Aufl., S. 985-990). München: Ernst Reinhardt.
- Colla, Herber & Krüger, Tim. (2013). Der pädagogische Bezug- ein Beitrag zum sozialpädagogischen Können. In Kartin Blaha, Christine Meyer, Herber Colla & Stefan Müller-Teusler (Hrsg.), *Die Person als Organon in der Sozialen Arbeit* (S. 19-53). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Dahm, Regina & Kunstreich Tjark. (2011). Nähe und Distanz: ein Forschungsprojekt über professionelle Beziehungsgestaltung. *Neue Praxis*, 6, 635-646.
- Davison, Gerald C. & Neale, John M. (2002). Affektive Störungen. In Martin Hautzinger (Hrsg.), *Klinische Psychologie* (S. 303-326). Weinheim: Verlagsgruppe Beltz.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). (2015). *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie -Unipolare Depression Langfassung* (2. Aufl.). Berlin: Redaktion Nationale VersorgungsLeitlinien.
- Dörr, Margret & Müller, Burkhard. (2012). Einleitung und Distanz als Strukturen der Professionalität pädagogischer Arbeitsfelder. In Margret Dörr & Burkhard Müller (Hrsg.), *Nähe und Distanz. Ein Spannungsfeld pädagogischer Professionalität* (3. Aufl., S. 7-29). Weinheim: Juventa.
- Eagly, Alice H. & Chaiken, Shelly. (1998). *The Handbook of Social Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Eger, Frank. (2016). *Einführung in die lösungsorientierte Gesprächsführung*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag GmbH.

- Egli, Livia. (2012). Der Weg in die absolute Erschöpfung - Druck, Stress und Burnout unter Sozialarbeitenden. *SozialAktuell*, 11, 7-9.
- Erwachsenenbildung. (2013). *Kritische Diskurse: Kulturverständnis, Othering, Repräsentation* [Website]. Abgerufen von <https://erwachsenenbildung.at>
- Faustregeln. (n.d.). *Lexikon der Psychologie*. Abgerufen von <http://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/faustregeln/4807>
- Fischer, Lorenz & Wiswede, Günter. (2009a). Affekte und Stimmungen. In Lorenz Fischer & Günter Wiswede (Hrsg.), *Grundlagen der Sozialpsychologie* (S. 162-169). Oldenbourg: Gruyter.
- Fischer, Lorenz & Wiswede, Günter. (2009b). Kontingenz und Kontrolle. In Lorenz Fischer & Günter Wiswede (Hrsg.), *Grundlagen der Sozialpsychologie* (S. 75-79). Oldenbourg: Gruyter.
- Galileo. (2015). *6 Anzeichen für eine versteckte Depression* [Website]. Abgerufen von <https://ch.galileo.tv>
- Gaus, Detlef & Drieschner, Elmar. (2011). Anspruch oder Widerspruch von professioneller Erziehung? In Elmar Drieschner & Detlef Glaus (Hrsg.), *Liebe in Zeiten pädagogischer Professionalisierung* (S. 7-26). Wiesbaden: Springer VS.
- Gaus, Detlef & Uhle, Reinhard. (2009). „Liebe“ oder „Nähe“ als Erziehungsmittel. Mehr als ein semantisches Problem! In Christine Meyer, Michael Tetzler & Katharina Rensch (Hrsg.), *Liebe und Freundschaft in der Sozialpädagogik. Personale Dimensionen professionellen Handelns* (S. 23-43). Wiesbaden: Springer VS.
- Gerrig, Richard & Zimbardo, Philip. (2008). *Psychologie* (18. Aufl.). Hallbergmoos: Pearson Deutschland GmbH.
- Gigerenzer, Gerd. (2007). *Bauchentscheidungen - Die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition*. München: C. Bertelsmann Verlag.
- Gräber, Doris. (2015). Nähe und Distanz: Ihre Bedeutung für die berufliche Identität in der Sozialarbeit. *Soziale Arbeit*, 64, 329-334.
- Grundwald, Klaus & Thiersch, Hans. (2015). Lebensweltorientierung. In Hans-Uwe Otto & Hans Thiersch (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit* (5. Aufl., S. 934-943). München: Ernst Reinhardt.
- Haas, Manuela. (2014). *Nähe und Distanz. Professionelles Handeln in helfenden Beziehungen der Sozialen Arbeit*. Saarbrücken: Akademiker Verlag.

- Härter, Martin & Schneider, Frank (2017). Affektive Störungen (F3). In Frank Schneider (Hrsg.), *Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (2. Aufl., S. 337- 362). Wiesbaden: Springer-Verlag.
- Haufe. (n.d.). *Gesprächsführung- Grundlegende Kommunikationsregeln / 4.2 Fragetechnik* [Website]. Abgerufen von <https://www.haufe.de>
- Heiner, Maja. (2010). *Kompetent handeln in der Sozialen Arbeit*. München: Reinhardt.
- Henning, Mirka. (2016). Resilienz. In Dieter Frey (Hrsg.), *Psychologie der Werte: Von Achtsamkeit bis Zivilcourage - Basiswissen aus Psychologie und Philosophie* (3. Aufl., S. 156-160). Heidelberg: Springer VS.
- Heuristik. (2017). *Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik*. Abgerufen von <http://lexikon.stangl.eu/1963/heuristik/>
- Hoffmann, Birte & Castello, Armin. (2014). Bindungserfahrungen. In Armin Castello (Hrsg.), *Entwicklungsrisiken bei Kindern und Jugendlichen. Prävention im pädagogischen Alltag* (S. 9-21). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10). (2017). *ICD-Code* [Website]. Abgerufen von <http://www.icd-code.de>
- Jakob, Gisela. (2012). Forschung im Studium Soziale Arbeit. In Werner Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit- Ein einführendes Handbuch* (S. 1191-1205). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Katholisches Netzwerk Kinderschutz. (n.d.). Nähe und Distanz als Herausforderungen professioneller Beziehungsgestaltung [PDF]. Abgerufen von http://www.katholisches-netzwerk-kinderschutz.de/fileadmin/user_mount/PDF_Dateien/Seelsorge/KNK/2014Netzwerk_VortragNaehDistanz.pdf
- Keck, Martin E. (2012). *Depression- Wie entsteht sie? Wie wird sie behandelt? Was ist der Zusammenhang mit Stress?*. Glattburg: Lundbeck (Schweiz) AG.
- Kleve, Heiko. (2005). *Beratung- Einige theoretische und methodische Fragmente*. Potsdam: Fachhochschule Potsdam, Fachbereich Sozialwesen.
- Komplementäre Kommunikation. (2017). *Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik*. Abgerufen von <http://lexikon.stangl.eu/12301/komplementaere-kommunikation/>
- Kontroll-Illusion. (2004). In Günter Wiswede (Hrsg.), *Sozialpsychologie-Lexikon* (S. 330-331). Oldenbourg: Wissenschaftsverlag GmbH.
- Krause, Stefan. (1997). *Zum Realismus der Selbsteinschätzung hinsichtlich der Belastungswahrnehmung und der motorischen Funktionswiederherstellung nach ZNS-*

- Schädigungen in Abhängigkeit vom Grad der Depressivität* (Dissertation, zur Erlangung des sozialwissenschaftlichen Doktorgrades der Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Göttingen). Abgerufen von <http://ediss.uni-goettingen>
- Kühner, Christine. (2006). Frauen - Hintergründe und Zusammenhänge. In Gabriela Stoppe, Anke Bramesfeld & Friedrich-Wilhelm Schwartz (Hrsg.), *Volkskrankheit Depression? Bestandesaufnahme und Perspektive* (S. 191- 214). Heidelberg: Springer VS.
- Lloyd, Chris, King, Robert & Chenoweth, Lesley Irene. (2002). Social Work, stress and burnout: A review. *Journal of Mental Health*, 11(3/6), 255-265.
doi:10.1080/09638230020023642
- Löschner, Lukas. (2016). *Professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit- Eine Untersuchung zum Gleichgewicht von Nähe und Distanz*. München: GRIN Verlag.
- Mahnkopf, Angela. (2009). *Umgang mit depressiven Patienten* (2. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Mahnkopf, Angela. (2015). *Basiswissen: Umgang mit depressiven Patienten*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Mutzeck, Wolfgang. (1997). *Kooperative Beratung. Grundlage und Methoden der Beratung und Supervision im Berufsalltag*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Müller, Burkhard. (2012). Nähe, Distanz, Professionalität. Zur Handlungslogik von Heimerziehung als Arbeitsfeld. In Margret Dörr und Burkhard Müller (Hrsg.), *Nähe und Distanz ein Spannungsfeld pädagogischer Professionalität* (S. 145-162). Weinheim: Juventa-Verlag.
- Müller-Teusler, Stefan. (2013). Die unsichtbare Qualifikation. In Kathrin Blaha, Christine Meyer & Herbert Colla (Hrsg.), *Die Person als Organon in der Sozialen Arbeit. Erzieherpersönlichkeit und qualifiziertes Handeln* (S. 122-133). Wiesbaden: Springer VS.
- Neuner, Ralf. (2016). *Psychische Gesundheit bei der Arbeit - Betriebliches Gesundheitsmanagement und Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung* (2. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Neurotizismus. (2017). *Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik*. Abgerufen von <http://lexikon.stangl.eu/1869/neurotizismus/>
- Northoff, Robert. (2013). *Sozialisation, Sozialverhalten und Psychosoziale Auffälligkeiten - Eine Einführung in die Bewältigung sozialer Aufgabenstellungen*. Weinheim: Beltz Juventa Verlag.

- Nussbeck, Susanne. (2014). *Einführung in die Beratungspsychologie* (3. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Paul Watzlawick. (n.d.). *Die Axiome von Paul Watzlawick* [Website]. Abgerufen von <http://www.paulwatzlawick.de>
- Realismus, depressiver. (2004). In Günter Wiswede (Hrsg.), *Sozialpsychologie-Lexikon* (S. 450). Oldenbourg: Wissenschaftsverlag GmbH.
- Riegler, Anna. (2016). *Anerkennende Beziehung in der Sozialen Arbeit. Ein Beitrag zur Gerechtigkeit zwischen Anspruch und Wirklichkeit*. Wiesbaden: Springer VS.
- Schäfter, Cornelia. (2010). *Die Beratungsbeziehung in der Sozialen Arbeit. Eine theoretische und empirische Annäherung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schmitz, Lilo. (2016). *Lösungsorientierte Gesprächsführung- Richtig beraten mit sparsamen und entspannten Methoden* (3.Aufl.). Dortmund: Verlag modernes lernen.
- Sickendiek, Ursel, Engel, Frank & Nestmann, Frank. (1999). *Beratung: Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze*. Weinheim: Juventa-Verlag.
- Singer, Markus. (2012). *Burnout in der Sozialen Arbeit: Hintergründe und Handlungsstrategien*. Saarbrücken: AV Akademikerverlag GmbH & Co. KG.
- Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO). (2010). *Stressstudie 2010: Stress bei Schweizer Erwerbstätigen. Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen, Personalmerkmalen, Befinden und Gesundheit* [PDF]. Abgerufen von https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Publikationen_Dienstleistungen/Publikationen_und_Formulare/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Studien_und_Berichte/stressstudie-2010--stress-bei-schweizer-erwerbstaetigen---zusamm.html
- Stimmer, Franz. (2000). *Grundlagen des methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Studierendenorganisation (2017). *Unsere Praktikas sind bedroht* [PDF]. Abgerufen von <https://mail.bfh.ch>
- Südwestrundfunk (SWR). (2017). *Prof. Dr. Gerd Gigerenzer - Gefühls Wissen: Die Erforschung der Intuition* [Video]. Abgerufen von <https://swrmediathek.de/player.htm?show=7a518a10-5268-11e7-9fa5-005056a12b4c>
- Tetzer, Michael. (2009). Zum Verhältnis von Emotionalität und Rationalität in der Sozialpädagogik. In Christine Meyer, Michael Tetzer & Katharina Rensch (Hrsg.), *Liebe und Freundschaft in der Sozialpädagogik. Personale Dimensionen professionellen Handelns* (S. 103-120). Wiesbaden: Springer VS.

- Thiergärtner, Martin. (2006). *Klient als Kumpel? Nähe und Distanz in der aufsuchenden Drogenarbeit*. Heidelberg: GRIN Publishing.
- Thiersch, Hans. (2009). *Schwierige Balance. Über Grenzen, Gefühle und berufsbiographische Erfahrungen*. Weinheim: Juventa.
- Thiersch, Hans. (2012). Nähe und Distanz in der Sozialen Arbeit. In Margret Dörr & Burkhard Müller (Hrsg.), *Nähe und Distanz. Ein Spannungsfeld pädagogischer Professionalität* (3. Aufl. S. 32-49). Weinheim: Juventa.
- Thomann, Christoph & Schulz von Thun, Friedemann. (2000). *Klärungshilfe. Handbuch für Therapeuten, Gesprächshelfer und Moderatoren in schwierigen Gesprächen*. Reinbek bei Hamburg: Rowolt-Verlag.
- Universität Hamburg. (2017). *Arbeitsbündnis* [Website]. Abgerufen von <https://www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/seitendvd/konzeptg/l50/l5027.htm>
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2006). *Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen*. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.
- Werth, Lioba & Mayer, Jennifer. (2008). *Sozialpsychologie*. Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.
- West-Leuer, Beate. (2016). Scham - die Maske der Makellosigkeit. In Eva-Maria Lewkowicz & Beate West-Leuer (Hrsg.), *Führung und Gefühl - Mit Emotionen zu Authentizität und Führungserfolg* (S. 95- 107). Heidelberg: Springer Verlag.
- Widulle, Wolfgang. (2012). *Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wolfersdorf, Manfred. (2011). *Depressionen verstehen und bewältigen* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer-Verlag.
- World Health Organization. (2016). *Mental health: strengthening our response: fact sheet* [Website]. Abgerufen von <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
- World Health Organization. (2017). *Definition einer Depression* [Website]. Abgerufen von <http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition>

13 Anhang

13.1 Interview-Leitfaden / Sie-Form

Interview-Leitfaden

1. Erzählen Sie uns bitte etwas über ihre Eigene Person. (Alter, Werdegang, Ausbildung, Arbeitserfahrungen etc.)
2. Berührungspunkte mit Menschen mit Depressionen während der Arbeit: Wie sehen diese aus? Wie werden die gestaltet? Wie häufig sind die?
3. Distanzierung im Beratungsprozess allgemein? Braucht es überhaupt eine Distanzierung? Wenn ja, wieso? Und wie wird diese in der Praxis gelebt? (Beispiele /Techniken /Handlungsmuster), wenn nein, weshalb nicht?
4. Beschreibung: Wie verhalten sich Menschen mit Depressionen im Beratungsprozess? Wie werden sie wahrgenommen? Welche Symptome werden erkannt, was löst das bei Ihnen aus?
5. Distanzierung bei Menschen mit Depressionen? Braucht es in diesem Kontext eine besondere Distanzierung? Wenn ja, wie gelingt diese im Arbeitsalltag
6. Nähe-Distanz Balance? Was halten Sie davon, wie sieht die Umsetzung im Arbeitsalltag aus?
7. Haben Sie noch Fragen/Anmerkungen?

13.2 Interview-Leitfaden / Du-Form

Interview-Leitfaden

1. Erzähl uns bitte etwas über deine eigene Person. (Alter, Werdegang, Ausbildung, Arbeitserfahrungen etc.)
2. Berührungspunkte mit Menschen mit Depressionen während der Arbeit: Wie sehen diese aus? Wie werden die gestaltet? Wie häufig sind die?
3. Distanzierung im Beratungsprozess allgemein? Braucht es überhaupt eine Distanzierung? Wenn ja, wieso? Und wie wird diese in der Praxis gelebt? (Beispiele /Techniken /Handlungsmuster), wenn nein, weshalb nicht?
4. Beschreibung: Wie verhalten sich Menschen mit Depressionen im Beratungsprozess? Wie werden sie wahrgenommen? Welche Symptome werden erkannt, was löst das bei Ihnen aus?
5. Distanzierung bei Menschen mit Depressionen? Braucht es in diesem Kontext eine besondere Distanzierung? Wenn ja, wie gelingt diese im Arbeitsalltag
6. Nähe-Distanz Balance? Was hältst du davon, wie sieht die Umsetzung im Arbeitsalltag aus?
7. Hast du noch Fragen/Anmerkungen?

13.3 Einwilligungserklärungen (Interview)

Frau B.



Einwilligungserklärung bei qualitativen Interviews im Rahmen einer Bachelor-Thesis

Erklärung der Studierenden (Natascha Molinari & Marco Leuenberger)

Hiermit erklärt/erklären

- dass die auf Tonträger aufgenommenen Daten dem Amts- und Berufsgeheimnis sowie den Bestimmungen des Datenschutzes unterstehen,
- dass alle von der interviewten Person / den interviewten Personen gemachten Angaben und Aussagen vollständig anonymisiert werden, so dass ein Rückschluss auf die interviewte Person / die interviewten Personen nicht möglich sein wird,
- und dass nach Transkription des aufgenommenen Interviews und nach Begutachtung der Bachelor-Thesis durch den/die ErstgutachterIn sämtliche auf Tonträger aufgenommenen Daten unwiderruflich gelöscht werden.
- dass alle von der interviewten Person gemachten Angaben und Aussagen nur im Rahmen der Bachelor-Thesis verwendet werden, wobei ein Exemplar der Bachelor-Thesis – bei entsprechender Beurteilung – in der Bibliothek des Fachbereichs Soziale Arbeit publiziert wird. Weitere Verwendungen (z.B. Publikation in der Soziothek) bedürfen der ausdrücklichen Zustimmung der interviewten Person.

Ort / Datum:

Langenthal, 01.11.17

Unterschrift:

N. Molinari
M. Leuenberger

Erklärung des/der Interviewten

Ich bin über den Einsatz, Sinn und Zweck der Tonträgeraufnahme informiert worden und stimme der Aufnahme des Interviews zu.

Ich bin einverstanden, dass die Aufzeichnungen unter Wahrung des Amts- und Berufsgeheimnisses und der Bestimmungen des Datenschutzes für die erwähnte Bachelor-Thesis verwendet werden.

Ort / Datum:

Langenthal, 1.11.17

Unterschrift:

[Redacted signature]

Frau M.



Einwilligungserklärung bei qualitativen Interviews im Rahmen einer Bachelor-Thesis

Erklärung der Studierenden (Natascha Molinari & Marco Leuenberger)

Hiermit erklärt/erklären

- dass die auf Tonträger aufgenommenen Daten dem Amts- und Berufsgeheimnis sowie den Bestimmungen des Datenschutzes unterstehen,
- dass alle von der interviewten Person / den interviewten Personen gemachten Angaben und Aussagen vollständig anonymisiert werden, so dass ein Rückschluss auf die interviewte Person / die interviewten Personen nicht möglich sein wird,
- und dass nach Transkription des aufgenommenen Interviews und nach Begutachtung der Bachelor-Thesis durch den/die ErstgutachterIn sämtliche auf Tonträger aufgenommenen Daten unwiderruflich gelöscht werden.
- dass alle von der interviewten Person gemachten Angaben und Aussagen nur im Rahmen der Bachelor-Thesis verwendet werden, wobei ein Exemplar der Bachelor-Thesis - bei entsprechender Beurteilung - in der Bibliothek des Fachbereichs Soziale Arbeit publiziert wird. Weitere Verwendungen (z.B. Publikation in der Soziothek) bedürfen der ausdrücklichen Zustimmung der interviewten Person.

Ort / Datum:

Burgdorf, 01.11.2017

Unterschrift:

N. Molinari
M. Leuenberger

Erklärung des/der Interviewten

Ich bin über den Einsatz, Sinn und Zweck der Tonträgeraufnahme informiert worden und stimme der Aufnahme des Interviews zu.

Ich bin einverstanden, dass die Aufzeichnungen unter Wahrung des Amts- und Berufsgeheimnisses und der Bestimmungen des Datenschutzes für die erwähnte Bachelor-Thesis verwendet werden.

Ort / Datum:

Burgdorf 1.11.2017

Unterschrift:

Herr F.



Einwilligungserklärung bei qualitativen Interviews im Rahmen einer Bachelor-Thesis

Erklärung der Studierenden (Natascha Molinari & Marco Leuenberger)

Hiermit erklärt/erklären

- dass die auf Tonträger aufgenommenen Daten dem Amts- und Berufsgeheimnis sowie den Bestimmungen des Datenschutzes unterstehen,
- dass alle von der interviewten Person / den interviewten Personen gemachten Angaben und Aussagen vollständig anonymisiert werden, so dass ein Rückschluss auf die interviewte Person / die interviewten Personen nicht möglich sein wird,
- und dass nach Transkription des aufgenommenen Interviews und nach Begutachtung der Bachelor-Thesis durch den/die ErstgutachterIn sämtliche auf Tonträger aufgenommenen Daten unwiderruflich gelöscht werden.
- dass alle von der interviewten Person gemachten Angaben und Aussagen nur im Rahmen der Bachelor-Thesis verwendet werden, wobei ein Exemplar der Bachelor-Thesis – bei entsprechender Beurteilung – in der Bibliothek des Fachbereichs Soziale Arbeit publiziert wird. Weitere Verwendungen (z.B. Publikation in der Soziothek) bedürfen der ausdrücklichen Zustimmung der interviewten Person.

Ort / Datum:

Burgdorf, 01.11.17

Unterschrift:

N. Molinari
M. Leuenberger

Erklärung des/der Interviewten

Ich bin über den Einsatz, Sinn und Zweck der Tonträgeraufnahme informiert worden und stimme der Aufnahme des Interviews zu.

Ich bin einverstanden, dass die Aufzeichnungen unter Wahrung des Amts- und Berufsgeheimnisses und der Bestimmungen des Datenschutzes für die erwähnte Bachelor-Thesis verwendet werden.

Ort / Datum:

Burgdorf, 7.11.2017

Unterschrift:

[Redacted signature]

Herr G.



Einwilligungserklärung bei qualitativen Interviews im Rahmen einer Bachelor-Thesis

Erklärung der Studierenden (Natascha Molinari & Marco Leuenberger)

Hiermit erklärt/erklären

- dass die auf Tonträger aufgenommenen Daten dem Amts- und Berufsgeheimnis sowie den Bestimmungen des Datenschutzes unterstehen,
- dass alle von der interviewten Person / den interviewten Personen gemachten Angaben und Aussagen vollständig anonymisiert werden, so dass ein Rückschluss auf die interviewte Person / die interviewten Personen nicht möglich sein wird,
- und dass nach Transkription des aufgenommenen Interviews und nach Begutachtung der Bachelor-Thesis durch den/die ErstgutachterIn sämtliche auf Tonträger aufgenommenen Daten unwiderruflich gelöscht werden.
- dass alle von der interviewten Person gemachten Angaben und Aussagen nur im Rahmen der Bachelor-Thesis verwendet werden, wobei ein Exemplar der Bachelor-Thesis - bei entsprechender Beurteilung - in der Bibliothek des Fachbereichs Soziale Arbeit publiziert wird. Weitere Verwendungen (z.B. Publikation in der Soziothek) bedürfen der ausdrücklichen Zustimmung der interviewten Person.

Ort / Datum:

Langenthal, 01.11.17

Unterschrift:

N. Molinari
M. Leuenberger

Erklärung des/der Interviewten

Ich bin über den Einsatz, Sinn und Zweck der Tonträgeraufnahme informiert worden und stimme der Aufnahme des Interviews zu.

Ich bin einverstanden, dass die Aufzeichnungen unter Wahrung des Amts- und Berufsgeheimnisses und der Bestimmungen des Datenschutzes für die erwähnte Bachelor-Thesis verwendet werden.

Ort / Datum:

Langenthal, 11.11.17

Unterschrift:

[Redacted signature]