

Ramona Schlegel
Urs Guggisberg

Klientel mit psychischen Störungen bei Sozialarbeitenden in der Beratung



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

Berner Fachhochschule
Soziale Arbeit

Abstract

In jedem Handlungsfeld der Sozialen Arbeit nehmen Beratungen einen mehr oder weniger grossen Teil des professionellen Alltags ein. Weil jede zweite Person in der Schweiz mindestens einmal im Leben an einer psychischen Störung erkrankt, ist davon auszugehen, dass viele Sozialarbeitende auch Beratungen mit Personen mit einer diagnostizierten psychischen Störung durchführen.

In der vorliegenden Bachelor-Thesis steht die Kenntnis von psychischen Erkrankungen bei der Klientel von Sozialarbeitenden (Diagnosekenntnis) im Rahmen von Beratungen im Fokus. Es wird keine spezifische psychische Erkrankung betrachtet, sondern vielmehr werden mögliche Chancen und Risiken durch die Diagnosekenntnis erörtert. Folgende Fragestellung wurde bearbeitet: *Welchen möglichen Einfluss hat die Diagnosekenntnis einer psychischen Störung der Klientel auf Sozialarbeitende in einem Beratungsgespräch?* Nach der Klärung möglicher Einflüsse auf die soziale Beratung werden Handlungsvorschläge zur Abschwächung von allfälligen Risiken ausgearbeitet.

Die Fragestellung wurde mit einer umfassenden Literaturrecherche zur Diagnostik von psychischen Störungen und zu professionellen Beratungen in der Sozialen Arbeit untersucht. Weiter wurden Theorien beigezogen, die mögliche Einflüsse der Diagnosekenntnis auf das Beratungshandeln von Sozialarbeitenden theoretisch beschreiben. Zur Überprüfung der theoretischen Literatur wurden Interviews mit Sozialarbeitenden aus dem Gesundheitswesen geführt. Basierend auf der Literaturrecherche und dem erworbenen Wissen durch die Interviews wurden Handlungsvorschläge für die Praxis erarbeitet, die eine professionelle Beratung durch Sozialarbeitende unterstützen können.

Die Bachelor-Thesis leistet einen wichtigen Beitrag für Fachpersonen der Sozialen Arbeit, um mögliche Einflüsse der Diagnosekenntnis auf ihr beraterisches Handeln zu reflektieren. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf Stigmatisierungsprozessen, die durch eine Diagnosekenntnis entstehen können und wie diesen entgegengewirkt werden kann.

Klientel mit psychischen Störungen bei Sozialarbeitenden in der Beratung

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

Berner Fachhochschule
Soziale Arbeit

Vorgelegt von

Ramona Schlegel
Urs Guggisberg

Bern, Dezember 2023

Gutachter: René Rüegg

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	7
1.1	<i>Fragestellung.....</i>	7
1.1.1	<i>Begrifflichkeiten.....</i>	8
1.2	<i>Fachliche Relevanz.....</i>	9
2	Forschungsstand.....	11
3	Diagnosen.....	17
3.1	<i>Definition psychische Störungen.....</i>	17
3.1.1	<i>Salutogenese.....</i>	19
3.2	<i>Aktuelle Klassifikationssysteme.....</i>	21
3.2.1	<i>Psychopharmaka.....</i>	23
3.3	<i>Geschichte der Diagnostik.....</i>	26
3.3.1	<i>Entstehung ICD.....</i>	26
3.3.2	<i>Entstehung DSM.....</i>	27
4	Beratung in der Sozialen Arbeit.....	28
4.1	<i>Definition einer professionellen Beratung.....</i>	28
4.1.1	<i>Fallverständnis nach Müller.....</i>	31
4.1.2	<i>Beratungskontext.....</i>	33
4.2	<i>Abgrenzung zwischen Psychologie und Sozialer Arbeit.....</i>	36
5	Empirische Erhebung.....	39
5.1	<i>Untersuchungsplan.....</i>	39
5.2	<i>Analyseverfahren.....</i>	42
5.2.1	<i>Datenerhebung.....</i>	42
5.2.2	<i>Datenaufbereitung.....</i>	44
5.2.3	<i>Datenauswertung.....</i>	46
5.3	<i>Durchführung der Interviews.....</i>	48

5.4	<i>Einbindung der Antworten in den Text</i>	48
6	Chancen und Risiken der Diagnosekenntnis	50
6.1	<i>Chancen aufgrund der Diagnosekenntnis</i>	50
6.1.1	Empathie fördern	50
6.1.2	Fallverständnis	51
6.1.3	Zugang zu finanziellen Mitteln	51
6.1.4	Individualisierte Unterstützung	52
6.2	<i>Risiken aufgrund der Diagnosekenntnis</i>	52
6.2.1	Stigmatisierung.....	53
6.2.2	Labeling-Approach.....	56
6.2.3	Pygmalion-Effekt.....	57
6.2.4	Halo-Effekt	58
6.2.5	Übertragung - Gegenübertragung.....	60
6.2.6	Selbsterfüllende Prophezeiung.....	63
7	Handlungsvorschläge für die Praxis	65
7.1	<i>Verzicht auf Diagnosekenntnis</i>	65
7.2	<i>Diagnose ignorieren</i>	66
7.2.1	Vorteile	66
7.2.2	Nachteile.....	66
7.2.3	Fazit.....	67
7.3	<i>Handlungen der Diagnose unterordnen</i>	67
7.3.1	Vorteile	67
7.3.2	Nachteile.....	68
7.3.3	Fazit.....	68
7.4	<i>Begleitmassnahmen zur Diagnosekenntnis</i>	68
7.4.1	Wissen über psychische Erkrankungen fördern	68
7.4.2	Veränderungen planen	69
7.4.3	Reflexion des Einflusses der Diagnose	70
7.4.4	Bedürfnisse der Klientel abfragen	71
7.4.5	Berücksichtigung Behandlungsstand und Symptome statt Diagnose	71
7.4.6	Zeitliche Ressourcen fördern individualisierte Hilfe.....	72
7.4.7	Förderung der Sozialen Arbeit im interdisziplinären Austausch	72

8	Fazit	74
9	Literaturverzeichnis	76
10	Abbildungsverzeichnis	90
11	Anhang	91
<i>11.1</i>	<i>Interviewleitfaden</i>	<i>91</i>

1 Einleitung

Sozialarbeitende beraten regelmässig Menschen mit psychischen Störungen. Die Fachpersonen fördern gemäss dem Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz von AvenirSocial (2010, S. 10) unter anderem die Selbstbestimmung, die Partizipation, die Integration und die Ermächtigung des Klientels. Um die Selbstbestimmung zu stärken, sind autonome Entscheidungen durch die Hilfesuchenden zu unterstützen. Die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben wird durch die Förderung der Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit unterstützt und kann zu mehr Partizipation führen. Die Integration der Hilfesuchenden wird durch die Achtung der psychischen, physischen, spirituellen, sozialen und kulturellen Bedürfnisse gewährt. Bei der Ermächtigung des Klientels wird die autonome Mitwirkung in Gruppen und dem Gemeinwesen gefördert, wofür eine individuelle Selbstbestimmung vorausgesetzt wird. Damit die hilfesuchenden Personen in diesen Bereichen adäquat unterstützt werden können, müssen die Sozialarbeitenden die Eigenschaften der Klientel kennen. Fachpersonen der Sozialen Arbeit erfassen diese Eigenschaften in diversen Arbeitsfeldern während Beratungsgesprächen mit spezifischen Fragestellungen und Gesprächstechniken.

Aufgrund der herausfordernden Lebenslagen des Klientels, sind sie häufig auch in psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung oder erwähnen die Diagnose einer psychischen Störung. Das Wissen der Sozialarbeitenden über eine entsprechende Diagnose ist für ein ganzheitliches Bild der Klientel hilfreich, kann die Beratung aber auch verzerren und vom Auftrag ablenken. Es besteht die Möglichkeit, dass die Diagnose für die Ausarbeitung der Ziele mit dem Klientel berücksichtigt werden muss und beispielsweise die autonome Lebensführung erst nach der Bearbeitung der psychischen Störung angegangen werden kann. Das Wissen von Sozialarbeitenden über eine psychische Störung kann zu unbeabsichtigten Nebeneffekten führen. Es ist vorstellbar, dass den Hilfesuchenden weniger Ressourcen zugeschrieben werden und sie deshalb weniger gefördert werden. Dies kann die Folge von unbewussten Stigmatisierungen sein, welche den Beratungsprozess beeinflussen. Deshalb wollen die Verfassenden in dieser Bachelor-Thesis untersuchen, welchen möglichen Einfluss die Diagnosekenntnis einer psychischen Störung der Klientel auf die Sozialarbeitenden in Beratungsgesprächen haben kann.

1.1 Fragestellung

Damit der Mehrwert über das Wissen einer Diagnose reflektiert und untersucht werden kann, müssen die Motive für die Diagnostizierung vergegenwärtigt werden (Levold & Lieb, 2017, S. 52–54).

Psychische Störungen und ihre Diagnosen haben sehr grosse Auswirkungen auf die Klientel. Die Diagnose kann das Verhalten der Klientel verändern.

Sozialarbeitende werden bereits im Studium bei der Ausarbeitung von Beratungskompetenzen gefördert. Dies zu Recht, denn Beratungen werden in allen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit durchgeführt (Abplanalp, 2020, S. 17). Beratungen können als Querschnittsaufgabe oder als spezialisiertes Angebot durchgeführt werden (Weinhardt, 2018, S. 488). Unabhängig in welchem Handlungsfeld eine Beratung durchgeführt wird, Fachpersonen können immer auf Personen mit einer diagnostizierten psychischen Erkrankung treffen.

Basierend auf diesem Wissen, interessiert die Verfassenden, welchen Einfluss die Diagnosekenntnis mit all ihren Vor- und Nachteilen auf die beratende Fachkraft der Sozialen Arbeit hat. Es wird daher folgende Fragestellung bearbeitet: *«Welchen möglichen Einfluss hat die Diagnosekenntnis einer psychischen Störung der Klientel auf Sozialarbeitende in einem Beratungsgespräch?»*

Die Fragestellung kann zusätzlich eingegrenzt werden, indem eine psychische Störung definiert, ein Handlungsfeld oder eine spezifische Gruppe der Klientel ausgewählt wird. Die Verfassenden bezweifeln, dass das Geschlecht oder das Alter des Klientels einen massgebenden Einfluss auf die Beeinflussung der Diagnosekenntnis der Sozialarbeitenden in einem Beratungsgespräch hat. Das Handlungsfeld bestimmt die Häufigkeit der Diagnosekenntnis, weshalb bewusster mit diesen Informationen umgegangen werden kann. Die Klientel kann jedoch in allen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit an einer psychischen Erkrankung leiden, weshalb der Umgang mit der Diagnosekenntnis für alle Handlungsfelder wichtig ist. Psychische Störungen treten in sehr unterschiedlichen Ausprägungen auf und können das Leben der betroffenen Klientel entsprechend vielseitig verändern. Im Zentrum der Erkenntnisgewinnung steht bei dieser Arbeit nicht, welche Diagnose die Menschen wie beeinflusst, sondern wie die Sozialarbeitenden mit der Diagnosekenntnis umgehen. Der professionelle Umgang, das idealtypische Verhalten, kann von der Diagnose und dem Behandlungsstand abhängig sein. Für eine möglichst umfassende Erfassung des Einflusses der Diagnosekenntnis wird jedoch auf eine entsprechende Eingrenzung verzichtet.

Wenn bei der Bearbeitung der Fragestellung erkannt wird, dass die Diagnosekenntnis einen Einfluss auf die Beratung der Klientel hat, werden Möglichkeiten für einen professionellen Umgang mit dieser Beeinflussung gesucht. Das Ziel dieser Handlungsvorschläge ist, Sozialarbeitenden in der Praxis Hilfestellungen mit dieser Herausforderung aufzuzeigen.

1.1.1 Begrifflichkeiten

Zur Förderung des Verständnisses der Fragestellung, werden im folgenden Kapitel die zentralen Begriffe der Fragestellung erläutert.

Einfluss ist der erste zu erläuternde Begriff. Einfluss ist eine bestimmende Wirkung auf jemanden oder etwas. Hat etwas keinen Einfluss, ist es ohne Bedeutung. Oft wird das Wort in Verbindung mit Macht verwendet (Dudenredaktion, o.D.). Wenn auf jemanden aktiv Einfluss genommen wird, ist dies die Nutzung einer Machtposition.

Diagnosekenntnis ist ein weiterer Begriff der Fragestellung. Die Verfassenden verstehen unter dem Begriff das Wissen der Sozialarbeitenden über das Vorhandensein einer diagnostizierten Erkrankung. Aufgrund der Fragestellung und des Kontexts, ist von einer psychischen Störung auszugehen und nicht von einer körperlichen Erkrankung.

Der Fachbegriff psychische Störung wird im Kapitel 3.1 genau erläutert. Da die Verfassenden aufgrund der Beschreibung der Weltgesundheitsorganisation, kurz WHO, zusätzlichen Präzisierungsbedarf erkennen, wurde die Definition basierend auf unterschiedlicher Literatur verfasst.

In dieser Arbeit wird immer wieder der Begriff Klientel verwendet. Klientel ist in der Sozialen Arbeit der am meisten verwendete Begriff zur Beschreibung der hilfeschuchenden Personen (McDonald, 2006, zitiert nach McLaughlin, 2008).

Der Begriff Beratungsgespräch wird im Kapitel 4 ausführlich definiert. Es werden verschiedene Definitionen beigezogen.

1.2 Fachliche Relevanz

Beratung stellt eine eigenständige Tätigkeit im Handlungsrepertoire einer Fachkraft der Sozialen Arbeit dar. Sie ist in diversen Handlungsfeldern von grosser Wichtigkeit (Abplanalp et al., 2020, S. 17). Die Klientel hat Anspruch auf eine professionelle Beratung der Fachpersonen der Sozialen Arbeit. Damit ein adäquates Beratungshandeln gewährleistet werden kann, wird das beraterische Handeln von Arbeitsprinzipien geleitet (Abplanalp et al., 2020, S. 49). Diese nennen sich ethisches Handeln, Kontextualisierung, Mehrperspektivität, Beziehungshandeln, Ressourcenorientierung und Befähigungshandeln.

Laut Langhorst und Schwill (2011, S. 48) steigt die Nachfrage nach Beratungen besonders in Zeiten von individualisierten Lebensgestaltungen. Gründe seien, erhöhte Anforderungen an Wissen, Flexibilität und Anpassungsvermögen, weshalb der Bedarf an Orientierung steigt. Demnach steigt die Nachfrage an Beratungsangeboten, was wiederum das Vorhandensein von Fachpersonen mit Beratungskompetenzen voraussetzt.

In der Schweiz leidet jeder zweite Mensch einmal im Leben an einer psychischen Erkrankung (pro mente sana, o.D.). Die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit der psychischen Gesundheit ist deshalb von grosser Wichtigkeit. Nach der Covid-19-Pandemie ist die psychische Gesundheit mehr in den Fokus der Gesellschaft gerückt. In einer Umfrage des Schweizer Gesundheitsobservatoriums von 2022 erzählen 15.3% aller befragten Personen von einer mittelmässigen oder schlechten psychischen

Gesundheit (Peter, Schuler & Tuch, 2023, S. 21). Aufgrund dieser Fakten ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass Sozialarbeitende Beratungen mit Personen mit einer psychischen Störung durchführen.

Besteht bei der Fachkraft die Diagnosekenntnis einer psychischen Erkrankung, ist es möglich, dass dies Auswirkungen auf das Beratungshandeln der Sozialarbeitenden hat. Das Beratungshandeln wiederum hat einen Einfluss auf die Klientel. Durch die Kenntnis des Einflusses soll eine professionelle Beratung der Sozialarbeitenden sichergestellt werden. Ebenfalls soll gewährleistet werden, dass der im Berufskodex genannte Grundsatz der Verpflichtung zur Anerkennung von Verschiedenheiten eingehalten wird (AvenirSocial, 2010, S. 11). In der Sozialen Arbeit und entsprechend in der Beratung ist die Verschiedenheit der Individuen zu berücksichtigen.

Beratungen mit der Diagnosekenntnis über eine psychische Störung der Klientel werden viele Sozialarbeitende in ihrem Arbeitsalltag führen. Dabei ist die Anerkennung der Verschiedenheiten zu berücksichtigen und der Anspruch der Klientel auf eine professionelle Beratung anzustreben. Diese Ansprüche der Sozialen Arbeit begründen die fachliche Relevanz der Fragestellung.

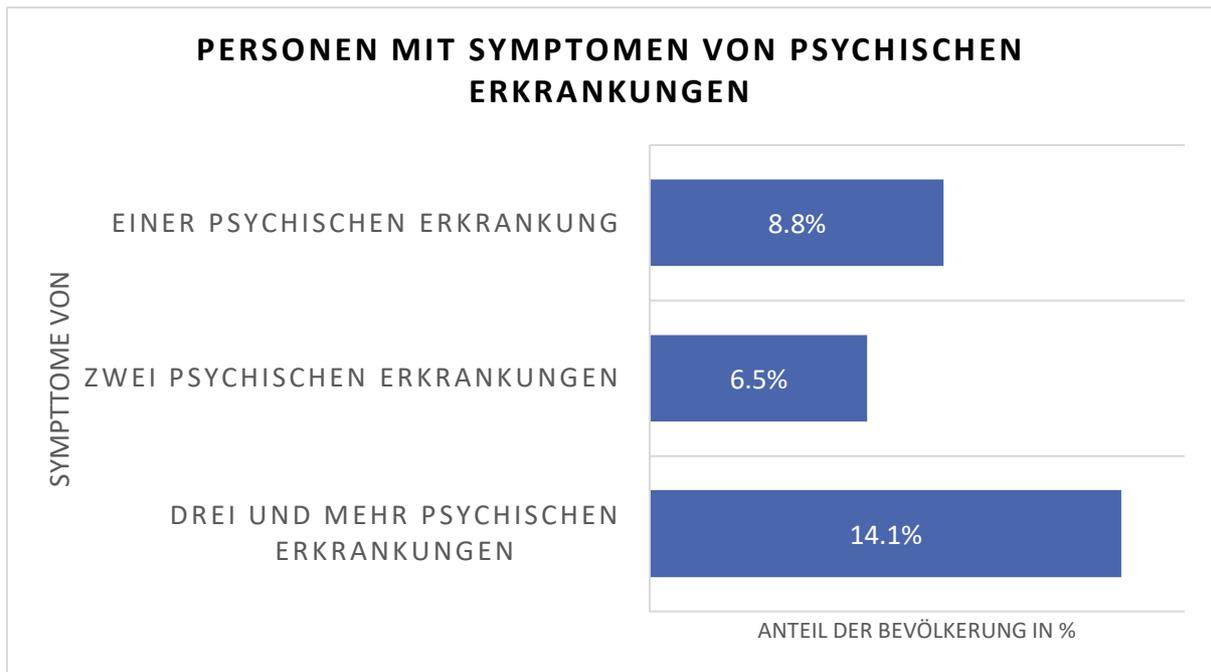
2 Forschungsstand

Beratung ist als Querschnittsaufgabe in allen sozialarbeiterischen Tätigkeitsfeldern integriert (Langhorst, 2011, S. 48). Wie eine Beratung in der Sozialen Arbeit zu gestalten ist, wird in der Fachliteratur vielseitig diskutiert. Zum Einfluss der Diagnosekenntnis auf die Sozialarbeitenden in Beratungsgesprächen bestehen jedoch keine Literaturquellen.

Folgend sind aufgrund dessen Zahlen und Fakten rund um psychische Störungen, Suizide, Medikamentenkonsum, Arbeitsunfähigkeit und professionelle Hilfe festgehalten. Die Informationen zeigen die Wichtigkeit der psychischen Gesundheit und die potenziellen Auswirkungen auf die sozialarbeiterische Tätigkeit auf.

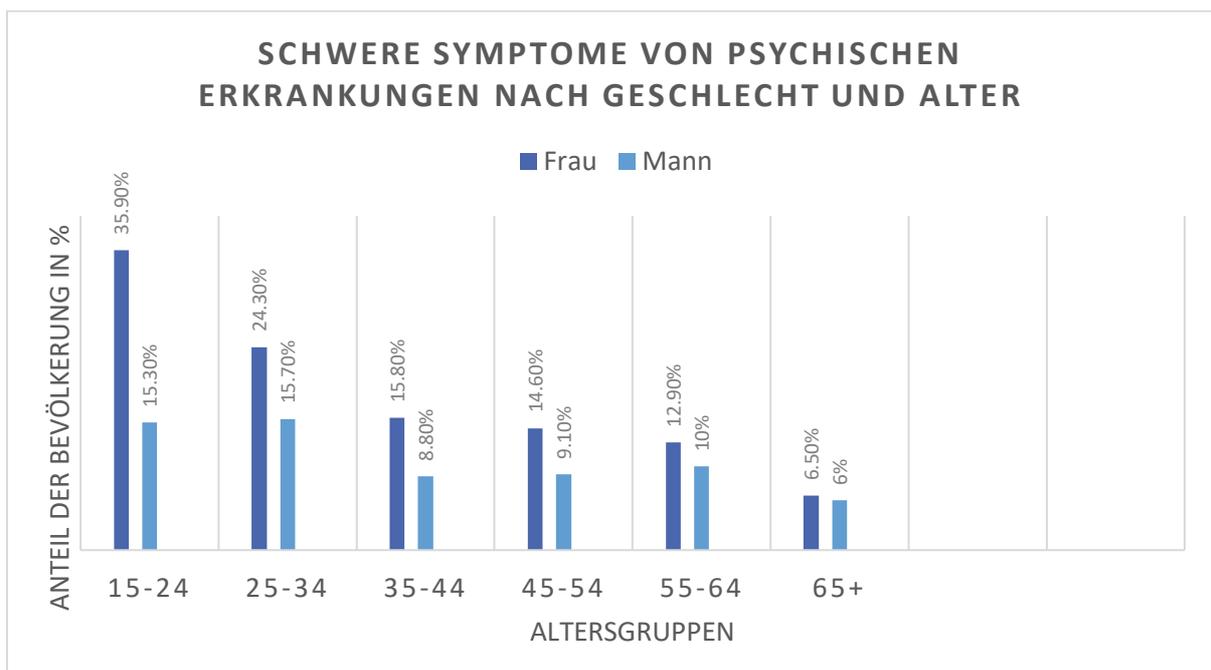
Laut einer repräsentativen Online-Befragung die vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) durchgeführt wurde, sind psychische Probleme häufig. An der Befragung haben 5'502 Personen teilgenommen. 35% dieser 5'502 Teilnehmenden erlebten zu diesem Zeitpunkt innerhalb der vergangenen 12 Monate psychische Probleme (Peter, Schuler & Tuch, 2023, S. 3).

Am häufigsten zeigten die befragten Personen in der Woche der Online-Befragung Symptome einer Essstörung (13%). Dies ist bei Frauen (15.4%) häufiger zu beobachten als bei Männern (10.5%). Danach folgen die Symptome von mittelschweren bis schweren Ausprägungen einer Depression (12%). Auch Symptome einer Angststörung (9%) und einer sozialen Phobie (10%) sind häufig. Teilweise leiden Menschen an mehreren psychischen Störungen. Symptome von einer Depression und einer Angststörung treten am häufigsten kombiniert auf. Von einer solchen Mehrfachbetroffenheit berichteten mehr Frauen (17.8%) als Männer (12.9%) (Peter, Schuler & Tuch, 2023, S. 41). Jede achte Person (13.5%) hat derart schwere Symptomausprägungen, dass die Symptome zu Einschränkungen im Alltag führen oder mit Suizidgedanken verbunden sind (S. 3).



Anmerkung. In Anlehnung an *Psychische Gesundheit - Erhebung Herbst 2022: Wie geht es der Bevölkerung in der Schweiz? Sucht sie sich bei psychischen Problemen Hilfe?* (Forschungsbericht 03, S. 41), von A. Tuch, C. Peter & D. Schuler, 2023, https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2023-05/Obsan_03_2023_BERICHT.pdf

Gemäss der Online-Befragung spielt das Alter bezüglich psychischer Erkrankungen eine wichtige Rolle. Mit zunehmendem Alter berichten die Personen von einer besseren psychischen Gesundheit. Psychische Probleme sind bei 65-jährigen und älteren Personen zwar weniger häufig als bei jüngeren, sie sind aber dennoch vorhanden (Peter, Schuler & Tuch, 2023, S. 3).



Anmerkung. In Anlehnung an *Psychische Gesundheit - Erhebung Herbst 2022: Wie geht es der Bevölkerung in der Schweiz? Sucht sie sich bei psychischen Problemen Hilfe?* (Forschungsbericht 03, S. 40), von A. Tuch, C. Peter & D. Schuler, 2023, https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2023-05/Obsan_03_2023_BERICHT.pdf

Die junge Bevölkerung ist seit der Covid-19-Pandemie stärker von psychischen Problemen betroffen. In wissenschaftlicher Literatur wurde bereits während der Pandemiezeit auf die kritische Situation der psychischen Gesundheit von jungen Menschen hingewiesen (Batterham et al., 2023, S. 1). 36% der jungen Erwachsenen nannten schwere Symptomausprägungen. 14% der befragten Personen zogen es im vergangenen Jahr in Erwägung, sich das Leben zu nehmen. Bei jungen Männern erleben 15% schwere Symptomausprägungen, was erheblich tiefer ist als bei jungen Frauen. Die Zahlen sind jedoch einiges über dem errechneten Durchschnitt der Gesamtbevölkerung. Laut dem Bundesamt für Statistik (BFS, 2020, S. 1) nahmen während den Pandemie Jahren 2020 und 2021 die stationären Spitalaufenthalte wegen psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen rasant zu. Bei jungen Frauen im Alter von 10 bis 24 Jahren betrug die Zunahme 26% und bei gleichaltrigen jungen Männern 6%. Psychische Störungen waren die häufigste Ursache für eine Hospitalisierung, gefolgt von Verletzungen. Die Spitaleinweisungen wegen Suizidversuchen stiegen um 26% an. Auch die ambulanten psychiatrischen Leistungen im Spital erhöhten sich um 19%. Gemäss Bamert (2023) befinden sich die Kinder- und Jugendpsychiatrien nach wie vor im Notstand, weshalb dringend mehr Therapieplätze benötigt werden.

Ältere Personen gehen Symptome einer psychischen Störung weniger aktiv an als die Jüngeren. Bei den Männern nimmt jeder Zweite keine Hilfe in Anspruch und bei den Frauen jede Dritte. Ein grosser Unterschied der verschiedenen Altersgruppen besteht auch bezüglich der Art der Inanspruchnahme von Hilfe. 85% der Frauen und 69% der Männer suchen sich vor allem bei ihrem sozialen Umfeld Hilfe und sprechen über ihre Beschwerden (Peter, Schuler & Tuch, 2023, S. 4). Besonders junge Frauen sprechen über Probleme und informieren sich mit Büchern. Ebenfalls nutzen sie das Angebot von telefonischen Beratungen oder lassen sich professionell behandeln (S. 56).

Professionelle Hilfe wurde laut Peter, Schuler & Tuch (2023, S. 51) von knapp 10% der Bevölkerung in Anspruch genommen. Die Inanspruchnahme von Hilfe aufgrund psychischer Probleme ist verglichen mit 2017 gestiegen. Folgend ein kurzer Rückblick ins Jahr 2021: Damals haben sich in der Schweiz 531'000 Personen in einer ambulanten psychiatrischen oder psychotherapeutischen Praxis behandeln lassen. Teilweise wurden mehrere Behandlungen in Anspruch genommen, dass es gesamthaft 4.9 Millionen Konsultationen schweizweit gab (Peter, Schuler, Sturny et al., 2023, S. 3). Auch ambulante

Spitalpsychiatrien wurden im Jahr 2021 mit circa 2 Millionen Konsultationen oft in Anspruch genommen (S. 4). Weiter wurden 79'513 Hospitalisierungen in einer stationären psychiatrischen Klinik vollzogen.

Im Jahr 2023 ist bekannt, dass über ein Viertel der Personen mit psychischen Problemen keine Hilfe von Fachpersonen in Anspruch nimmt. Die Gründe, warum die Betroffenen keine professionelle Behandlung nutzen, sind unterschiedlich. Die Hoffnung, dass sich das Problem von allein wieder auflöst und verschwindet, ist der häufigste Grund (56.2%). Leichte Symptome können sich chronifizieren, daher ist diese Strategie äusserst gefährlich. Diese Hoffnung wurde häufiger von Männern genannt. Weitere Gründe sind keine Zeit zu finden, die Kosten, Unkenntnis wen zu kontaktieren, die Überzeugung, dass eine Behandlung nicht helfen würde oder die Angst davor, was das soziale Umfeld davon halten könnte. Lange Wartelisten für erste Konsultationen, die Besorgnis gegen den eigenen Willen in eine Klinik eingewiesen zu werden und das mangelnde Angebot in der Nähe, waren weitere Gründe (S. 18).

Wird gemäss Peter, Schuler & Tuch (2023, S. 4) professionelle Hilfe in Anspruch genommen, werden am häufigsten psychologische und psychiatrische Fachkräfte, sowie Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte besucht. Der Austausch mit dem sozialen Umfeld ist für die Betroffenen am wichtigsten, was die Wichtigkeit eines stabilen sozialen Umfeldes aufzeigt. Es ist wichtig, dass sich Personen für das eigene Umfeld einsetzen, Belastungen ungehemmt angesprochen werden und man sich für einen intensiven Austausch Zeit nimmt. Die Zahlen zeigen, dass die Inanspruchnahme von Hilfe keine Selbstverständlichkeit darstellt. Niederschwellige Hilfsangebote und zugängliche Versorgungsangebote mit Fachpersonen sind deshalb von grosser Bedeutung (S. 60).

Selbstverletzungen, Suizidgedanken und Suizidversuche stellen keine Seltenheit dar. Selbstverletzt haben sich in den letzten 12 Monaten laut der Befragung rund 2.4% der Bevölkerung. Besonders junge Frauen zeigten selbstverletzende Verhaltensweisen. Damit gemeint sind beispielsweise Schnitte, Verbrennungen oder Ritzen (Peter, Schuler & Tuch, 2023, S. 35).

Unter Suizidgedanken versteht man Gedanken, bei denen man ernsthaft oder bloss flüchtig in Erwägung zieht, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen. In den letzten 12 Monaten mussten knapp 5% der Bevölkerung diese Gedanken bejahen. Bezüglich des Geschlechtes besteht dabei kein Unterschied. Ein Viertel der Personen mit Suizidgedanken hat sich einen konkreten Plan gemacht, wie sie sich das Leben nehmen würden (S. 36–37).

Laut dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (2023) lässt sich festhalten, dass in der Schweiz jeden Tag zwei bis drei Menschen durch Suizid sterben. Suizide sind nach Krebs- und Kreislauferkrankungen der häufigste Grund für die frühzeitige Sterblichkeit von Schweizerinnen und

Schweizern. Todesfälle mit Suizidhilfe sind dabei nicht eingerechnet. Oft stehen Suizide mit psychischen Störungen in Verbindung. Nicht zu vergessen sind die weitreichenden Folgen für die Angehörigen und Nahestehenden der betroffenen Person.

Der Medikamentenkonsum der Schweizerinnen und Schweizer wurde in der Befragung ebenfalls abgeklärt. Der Konsum von folgenden Medikamenten wurde untersucht: Medikamente zur Steigerung der Aufmerksamkeit oder zum Wachsein, Medikamente zur Stabilisierung der Stimmung, Medikamente gegen Depressionen und Medikamente gegen Halluzinationen oder Wahnvorstellungen. Weiter wurden Informationen zu Mitteln gegen Schmerzen, Beruhigungsmitteln und Schlafmitteln erfragt. 27% der Befragten haben eine Woche vor dem Befragungstermin mindestens einmal eines der oben erwähnten Medikamente zu sich genommen. Frauen sind häufiger Konsumentinnen als Männer (Peter, Schuler & Tuch, 2023, S. 54).

Bei Schlafmitteln ist auffällig, dass sie mehrheitlich von Hausärztinnen und Hausärzten verschrieben werden. Im Bezug auf Schlafmittel sprach Abegg der Suchtprävention Aargau (persönliche Kommunikation, 16. Mai 2023) von einem übermässigen Benzodiazepin-Missbrauch bei Jugendlichen.

Laut der WHO (2022) wirken sich psychische Erkrankungen auf alle Lebensbereiche der betroffenen Person aus. Davon ist auch der Arbeitsplatz betroffen. Gemäss Swica (2022) nehmen Arbeitsunfähigkeiten aus psychischen Gründen seit einigen Jahren immer mehr zu. Dieser Trend betrifft nicht nur die Schweiz, sondern mehrere Industrieländer. Durchschnittlich dauert die Arbeitsunfähigkeit wegen psychischen Problemen 218 Tage. Dies ist bedeutend länger als bei den meisten Krankschreibungen, die aus somatischen Gründen, also aus rein körperlichen Gründen erfolgen. In 95% der Fälle haben die betroffenen Personen zu Beginn eine Vollzeit-Krankschreibung. Vollzeit-Krankschreibungen können allerdings für Erkrankte fatale Nachteile bringen. Der lange Kontaktunterbruch zu den Mitarbeitenden und den Vorgesetzten führt häufig zur Auflösung des Arbeitsverhältnisses. In zweidrittel der Fälle kündigen die Arbeitgebenden den Arbeitnehmenden. Erkrankte, die so lange abwesend sind, werden in den meisten Fällen durch die Krankentaggeldversicherung bei der Invalidenversicherung angemeldet. Bei 40% der Betroffenen werden im Anschluss mit der Invalidenversicherung Eingliederungsmassnahmen vollzogen.

Psychische Störungen sind in der Schweizer Bevölkerung keine Seltenheit. Die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie stellen das Gesundheitswesen bis heute vor grosse Herausforderungen. Besonders Jugendliche kämpfen seit der Covid-19-Pandemie stark mit ihrer psychischen Gesundheit (Batterham, et al., 2023, S. 1). Nicht selten kommt es in Verbindung mit psychischen Erkrankungen zu Suiziden (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2023). Zur Förderung der psychischen Gesundheit und

zur Verhinderung von Suiziden gibt es schweizweit Hilfs- und Unterstützungsangebote. Trotzdem nimmt nur ein kleiner Teil der psychisch erkrankten Personen professionelle Hilfe in Anspruch, was eine Herausforderung für die Förderung der psychischen Gesundheit ist (Peter, Schuler & Tuch, 2023, S. 3). Die Wahrscheinlichkeit, dass Sozialarbeitende Beratungen mit psychisch erkrankten Personen durchführen, ist aufgrund der vielen psychisch erkrankten Personen hoch.

3 Diagnosen

Im folgenden Kapitel wird die Diagnostik von psychischen Störungen erläutert. Die Herausforderungen einer psychisch erkrankten Person erhalten erst mit der Diagnose einen Namen. Die Bestimmung der Erkrankung macht die bestehenden Schwierigkeiten für die Betroffenen sowie deren soziales Umfeld greifbar. Der Begriff psychische Gesundheit wird zusätzlich erläutert. Passend zu den genannten Begriffen ist anschliessend die Theorie der Salutogenese von Antonovsky beschrieben. Es wird erkennbar, dass Gesundheit und Krankheit voneinander abhängen und welche Relevanz der Besitz von Ressourcen auf den Menschen und seine Gesundheit hat. Um die Diagnostik von psychischen Krankheiten zu erläutern, werden die beiden weitverbreitetsten Klassifikationssysteme mit ihren Unterschieden präsentiert. Ebenfalls sind die Entstehungsgeschichten des International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) und des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) enthalten.

3.1 Definition psychische Störungen

Laut Peter et al. (2020, S. 43) sind psychische Störungen weit verbreitet und zählen zu den am meisten einschränkenden Erkrankungen überhaupt. So leidet gemäss einer Studie des Institute of Health Metrics and Evaluation (2019) einer von acht Menschen auf der Welt an einer psychischen Erkrankung. Dies sind gesamthaft 970 Millionen Menschen. Weltweit sind jährlich wohl acht Millionen Todesfälle auf psychische Störungen zurückzuführen. Die Verkürzung der Lebensdauer mit einer psychischen Störung wird auf einen Median von zehn Jahren geschätzt (Schneider, 2019, S. 405).

Die Folgen von psychischen Störungen wirken sich auf alle Lebensbereiche der betroffenen Personen aus und belasten die Lebensqualität, die Alltagsgestaltung sowie die Arbeitsfähigkeit. Nicht nur die erkrankten Personen leiden unter der Störung, sondern psychische Störungen können auch für die Angehörigen sehr belastend sein. Dies weil laut der WHO (o.D.) das Leid von Einzelpersonen oder gar ganzen Familien durch Stigmatisierung und soziale Ausgrenzung zusätzlich verstärkt wird. Psychische Störungen bleiben oft unerkannt und werden in ihrer gesellschaftlichen sowie wirtschaftlichen Bedeutung klar unterschätzt (Schneider, 2019, S. 405).

Laut Franke (2012, S. 82) wurde in der Vergangenheit von psychischer Krankheit gesprochen, heute wird der Begriff psychische Störung verwendet, weil dieser ohne das Wort Krankheit weniger wertend sei. Psychische Störungen sind in ihrer Ätiologie, Symptomatik und den daraus resultierenden Interventionsmöglichkeiten der Psychologie als auch derjenigen der Sozialen Arbeit divers. Die Gemeinsamkeiten liegen darin, dass die Betroffenen einen Leidensdruck erleben, welcher zu negativen

Gefühlen, Machtlosigkeit sowie Perspektivenlosigkeit führt (Schneider, 2019, S. 405). Weitere typische Eigenschaften von psychischen Störungen sind, dass sie nur äusserst eingeschränkt willentlich steuerbar sind und über einen längeren Zeitraum andauern. Meist beeinträchtigen sie das Leben (Fegert et al., 2020, S. 2). Es gibt aber keine immer und überall gültige Definition von psychischen Störungen (Huber-Reggi, 2017).

In der Sozialen Arbeit werden psychische Störungen vermehrt mit dem biopsychosozialen Modell erklärt. Dabei gibt es bestimmte genetische Ursachen, die eine psychische Störung begünstigen. Es braucht aber zusätzlich psychische und soziale Faktoren, die das Auftreten einer Störung fördern. Die Auswirkungen von psychischen Störungen im sozialen Bereich sind oftmals stark von Umfeldfaktoren abhängig (Fegert et al., 2020, S. 2).

Auch die WHO (2022) meint, dass zu jedem beliebigen Zeitpunkt diverse individuelle, familiäre, gemeinschaftliche und strukturelle Faktoren zusammenwirken können, welche die psychische Gesundheit entweder schützen oder gefährden. Wenn Personen ungünstigen Lebensumständen wie beispielsweise Armut, Gewalt, Behinderung oder Ungleichheit ausgesetzt sind, besteht ein höheres Risiko für eine Erkrankung. Zu den Schutz- und Risikofaktoren zählen individuelle und psychologische Faktoren wie emotionale Fähigkeiten oder auch unbeeinflussbare genetische Faktoren.

Das Gegenteil von psychischer Erkrankung stellt psychische Gesundheit dar. Laut dem Bundesamt für Gesundheit (BAG, 2020) ist psychische Gesundheit von verschiedenen Faktoren abhängig. Einen Einfluss haben die Persönlichkeit eines Menschen, seine genetische Veranlagung und sein soziales Umfeld. Es wird betont, dass jede Person anders ist. Das BAG nennt fünf Merkmale für psychisch gesunde Menschen. Eine Person kann seine intellektuellen und emotionalen Fähigkeiten ausschöpfen, sie ist in der Lage alltägliche Lebensbelastungen zu bewältigen, produktiv zu arbeiten und hat die Möglichkeit einen Beitrag in der Gesellschaft zu leisten.

Das BAG (2016, S. 12) definierte im Jahr 2016 Massnahmen zur Förderung und Verbesserung der psychischen Gesundheit in der Bevölkerung. Die Massnahmen werden in die Sensibilisierung, die Umsetzung von Aktivitäten in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung, die Advocacy und Wissensgrundlage und die Strukturen und Ressourcen unterteilt. Zusätzlich ist die Finanzierung zu überprüfen. Ein wesentlicher Teil des Genannten wird von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz umgesetzt und finanziert.

3.1.1 Salutogenese

Die Salutogenese ist für diese Bachelor-Thesis relevant, weil sie die Bedingungen aufzeigt, wie Gesundheit ermöglicht, aufrechterhalten und wiederhergestellt werden kann. Somit beschreibt sie eine Möglichkeit, was unter dem Begriff Gesundheit verstanden werden kann. In der Salutogenese wird Gesundheit als Prozess betrachtet, der sich aus der Interaktion von Umweltfaktoren mit den Ressourcen des Individuums zusammensetzt. Damit wird ein nicht normatives emanzipatorisches Verständnis von Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität gegeben, welches wie anschliessend beschrieben viel mit Sozialer Arbeit gemeinsam hat (Gabriel-Schärer & Meier Magistretti, 2019, S. 222).

Die Salutogenese wurde von Antonovsky, einem Medizinsoziologen, Ende der 1970-er Jahre entwickelt, weil er sich mit der Entstehung von Gesundheit beschäftigte. Er stellte sich aufgrund einer Studie die Frage, wie es für Menschen, die herausfordernde Bedingungen erlitten, trotzdem möglich ist, weiterhin zu lieben, ein alltägliches Leben zu führen und gute soziale Beziehungen zu gestalten (Eriksson & Lindström, 2019, S. 26–27). Die Salutogenese wurde seit diesen Überlegungen von Antonovsky weiterentwickelt. Heute ist sie in der Sozialen Arbeit von Bedeutung, da sie wie die Soziale Arbeit den Menschen in Interaktion mit der Umwelt beleuchtet. Sie hat zum Ziel, Bedingungen für eine gute Lebensqualität zu erkennen und Menschen zu befähigen, ihre Lebensqualität zu erhöhen. Gesundheit und Wohlbefinden stehen dabei im Zentrum (Gabriel-Schärer & Meier Magistretti, 2019, S. 222). Anders als bei der Pathogenese entwickelte Antonovsky mit der Salutogenese ein Modell, welches auf die Ressourcen statt der Risiken fokussiert (Lüscher-Gysi, 2019, S. 283).

Antonovsky bestimmte in der Salutogenese ein Gesundheitskontinuum. Es beinhaltet eine horizontale Linie zwischen absolutem Fehlen von Gesundheit und völliger Gesundheit. Alle Menschen befinden sich jederzeit auf irgendeinem Punkt dieses Kontinuums. Dabei kann man zeitgleich gesunde und ungesunde Komponenten haben (Eriksson & Lindström, 2019, S. 31). Eine Person mit einer psychischen Störung kann ihr Leiden auf diesem Gesundheitskontinuum einordnen, wobei es gemäss Antonovsky trotz der Störung wahrscheinlich ist, dass auch gesunde Komponenten bestehen.

Weiter beschrieb Antonovsky den Fluss der Gesundheit, welcher schlussendlich von Lindström, Eriksson und Wikström weiterentwickelt wurde. Es entstand der Fluss des Lebens, welcher von ihnen in einen erweiterten salutogenen Rahmen gestellt wurde (Eriksson & Lindström, 2019, S. 34–37). Der Fluss wird dabei als ein Strom des Lebens verstanden. In diesem Strom des Lebens begegnet der Mensch Krankheiten und Risiken. Der Fluss fliesst nicht immer gradlinig, sondern er hat verschiedene Fliessgeschwindigkeiten und manchmal sogar Strudel (Franke, 2012, S. 171). Die Strudel stellen Störfaktoren dar, welche immer im Leben auftreten können. Personen, die sich sinnbildlich in ruhigem Wasser befinden, wurden unter guten Bedingungen geboren, wo Zeit zum Lernen besteht. Es bestehen

etliche unterstützende Ressourcen. Andere werden nahe dem Abgrund des Wasserfalls geboren, meint unter schwierigen Bedingungen mit grossem Risiko über die Kante des Wasserfalls geschwemmt zu werden. Die Kante des Wasserfalls ist mit dem Tod gleichgesetzt (Eriksson & Lindström, 2019, S. 35–36). Sie haben grosse Mühe den Kopf über Wasser zu halten und nicht zu ertrinken. Um die Menschen vor dem Wasserfall und somit vor dem Tod zu retten, werden einige von Lebensrettungsspezialistinnen und Lebensrettungsspezialisten ans Ufer gezogen. Vom Zeitpunkt der Geburt, bis es einem über die Kante des Wasserfalls schwemmt, befinden sich alle im Fluss und niemand wird ohne jede Störung durch diesen getragen (Franke, 2012, S. 171–172). Der Mensch kann lernen, die notwendigen Ressourcen für eine bessere Gesundheit und ein besseres Leben zu erkennen und zu nutzen. Das Gesundheitskontinuum ist auch in diesem Fluss der Gesundheit integriert (Eriksson & Lindström, 2019, S. 35–36). Das Ziel von allen Menschen ist, möglichst nahe am gesunden Pol zu sein (Franke, 2012, S. 172).

Die Faktoren, die entscheiden, ob eine Bewegung in Richtung positiver Pol stattfindet, werden generalisierte Widerstandsressourcen genannt. Sie sind verantwortlich, dass es zu einem konstruktiven Umgang mit Stressoren kommen kann. Nimmt man die Metapher des Flusses, sind die Bedingungen des Flusses sowie die individuellen Schwimmfertigkeiten entscheidend, wie unverletzt die Schwimmstrecke absolviert werden kann. Die Bedingungen des Flusses stehen für gesellschaftliche Widerstandsressourcen und die Schwimmfertigkeiten für individuelle Widerstandsressourcen (Franke, 2012, S. 173–174). Zu den gesellschaftlichen Widerstandsressourcen zählen beispielsweise die politische und ökonomische Stabilität und ein funktionierender Sozialstaat. Die individuellen Widerstandsressourcen werden unterteilt in kognitive, psychische, physiologische, ökonomische und materielle Ressourcen. Kognitive Ressourcen sind beispielsweise Intelligenz und Wissen. Psychische Ressourcen können Selbstvertrauen oder Optimismus sein. Der Besitz von körperlichen Stärken und Fähigkeiten stellt eine physiologische Ressource dar. Zu den ökonomischen und materiellen Ressourcen zählen beispielsweise Geld, finanzielle Unabhängigkeit und ein sicherer Arbeitsplatz. Schwimmt eine Person im Fluss und hat genügend Widerstandsressourcen, schaden ihr Stressoren trotz dem gesundheitsschädigenden Potenzial nicht. In diesem Fall macht die Person die positive Erfahrung, dass sie unruhigem Gewässer, also Stress, nicht hilflos ausgesetzt ist. Die Person versteht immer mehr, die Gründe für die Ereignisse um sie herum. Ebenfalls lernt sie, was konkret von ihr verlangt wird, dass sie in ihrem Fluss weiterschwimmen kann. Mit diesen Erkenntnissen können die Herausforderungen des Lebens besser gemeistert werden. Durch die erfolgreiche Bewältigung von Herausforderungen entwickeln die Betroffenen ein Kohärenzgefühl.

Der Kohärenzsinn besteht aus drei Dimensionen: Die Verstehbarkeit, die Handhabbarkeit und die Bedeutsamkeit (Eriksson & Lindström, 2019, S. 39). Die Verstehbarkeit bedeutet das Ausmass in dem eine Person interne sowie externe Stimuli kognitiv sinnhaft wahrnimmt und wie stark sie diese als

strukturierte und klare Informationen aufnimmt. Wenn Personen die Stimuli einordnen können, gehen sie davon aus, dass zukünftige Stimuli vorhersehbar oder erklärbar sind. Die Handhabbarkeit macht, dass sich die Person durch negative Ereignisse nicht in eine Opferrolle gedrängt fühlt. Die Handhabbarkeit ermöglicht den Betroffenen sich bei unvorteilhaften Geschehnissen neu zu orientieren. Die Ressourcen von nahestehenden Personen können ebenfalls sinnvoll eingesetzt und genutzt werden. Die Bedeutsamkeit zeigt, wie stark eine Person ihr Leben als sinnvoll erlebt. Besteht ein hohes Ausmass an Bedeutsamkeit, erlebt die Person Aufgaben und Anforderungen eher als Herausforderung, denn als Last (Franke, 2012, S. 175–176). Ein starker Kohärenzsinn ermöglicht es den Menschen das Leben zusammenhängend, handhabbar und sinnvoll wahrzunehmen (Eriksson & Lindström, 2019, S. 39).

Menschen sind von der Geburt bis zum Tod im Fluss des Lebens. In Phasen in welchen Stromschwellen und gefährliche Tiere im Wasser lauern, sind alle vorhandenen Bewältigungsressourcen zu aktivieren. In Abschnitten, in welchen der Fluss keine Strömung aufweist, kann man sich erholen. Dabei werden Bewältigungsressourcen reaktiviert, was die Belastungsfähigkeit für die Zukunft erhöht. Man muss demnach erkennen, wann Kampf, wann Genuss und wann Erholung angesagt ist (Franke, 2012, S. 183). Die Beschreibung zeigt, dass Menschen immer wieder Herausforderungen und Risiken begegnen. Der Aufbau von Ressourcen hilft einen Umgang mit Risiken zu finden und Herausforderungen zu meistern. Mit dem integrierten Gesundheitskontinuum wird aufgezeigt, dass es kein absolutes gesund und krank gibt, sondern dass der Übergang fließend ist und ein Mensch gesunde sowie ungesunde Komponenten haben kann.

3.2 Aktuelle Klassifikationssysteme

Folgend wird beschrieben, was unter den Klassifikationssystemen zu verstehen ist und welche Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede die zwei bekanntesten Systeme aufweisen. Ebenfalls wird erläutert, unter welchen Voraussetzungen eine Person eine Diagnose einer psychischen Störung erhält.

Klassifikationen haben die Einteilung von Merkmalen und Symptomen und die Zuordnung dieser in ein gegliedertes System zum Ziel (Paulitsch, 2009, S. 18). Sie stellen Ordnungssysteme dar. Mit ihnen wird versucht, Einzelphänomene zu gruppieren und diese nutzbar zu machen (Haug, 2017, S. 114). Für die Diagnostik von psychischen Störungen gibt es zwei unterschiedliche Diagnosesysteme. Auf Basis dieser stellen alle, egal ob Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Ärztinnen und Ärzte oder Forscherinnen und Forscher ihre Diagnosen (Hogrefe Verlag, 2016). Einerseits das DMS-5, die fünfte Ausgabe des DSM's. Es wird von der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft (APA) entwickelt und

überarbeitet. Das zweite Diagnosesystem ist das ICD-10 von der WHO. Es wurde in den letzten Jahren überarbeitet, woraus das ICD-11 entstand. Das ICD-11 ist seit dem 1. Januar 2022 in Kraft und kann in einer fünfjährigen Übergangsfrist parallel zum ICD-10 angewendet werden. In der Schweiz kann zusätzlich zum ICD-10 und ICD-11 das DSM-5 genutzt werden. Darin wird angegeben, ab wann eine psychische Beeinträchtigung als Störung bezeichnet wird. (Peter et al., 2020, S. 9).

Gemäss Hogrefe Verlag (2016) weisen Klassifikationssystemen zahlreiche Gemeinsamkeiten auf. Sie werden bei Überarbeitungen aufeinander abgestimmt. Beispielsweise haben die beiden Klassifikationssysteme bis auf einzelne Ausnahmen dieselben Störungsgruppen. Die Kriterien für die Störungen sind ebenfalls meist identisch. Das DSM-5 sowie das ICD-10 verwenden den kategorialen Ansatz. Bei diesem werden Störungen als klar abgrenzbar und unterscheidbar angesehen. Es gibt für jede Störung eine Liste mit Merkmalen, die für die Vergabe einer Diagnose vorhanden sein müssen. Es hat sich allerdings herausgestellt, dass Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen teilweise dieselben Symptome zeigen. Die gleiche Erkrankung kann sich auch an unterschiedlichen Symptomen zeigen. Im neusten DSM wird deshalb ein dimensionaler Ansatz miteinbezogen. Dieser geht davon aus, dass Merkmale auf einer Dimension mit zwei Polen angesiedelt sind. Eine Einstufung erfolgt somit beispielsweise zwischen «keine Ängstlichkeit» bis hin zu «starke Ängstlichkeit». Zusätzlich ist es möglich verschiedene Merkmale in einem Profil zu beschreiben und beleuchten. Abschliessend ist wichtig, dass bei beiden Klassifikationssystemen der Fokus auf dem Erscheinungsbild der Erkrankung liegt und nicht auf deren Entstehung, weil bei vielen psychischen Störungen die Entstehung nicht detailliert erforscht ist.

Die Klassifikationssysteme unterscheiden sich dadurch, dass im ICD sämtliche medizinische Erkrankungen zu finden sind und im DSM ausschliesslich psychische Störungen. Als Abrechnungsinstrument für Ärztinnen und Ärzte hat im ICD jede Störung einen Code, welcher beim DSM nicht besteht. Das DSM enthält Forschungsdiagnosen, welche im ICD nicht aufgeführt sind. Die Forschungsdiagnosen sind Störungsbilder, die noch nicht genügend erforscht sind und daher noch keine offizielle Diagnose darstellen können. Ein Beispiel für eine solche neue Forschungsdiagnose ist «Computerspielabhängigkeit». Im DSM sind die Störungsbilder detaillierter aufgeführt. (Hogrefe Verlag, 2016).

Laut Scharfetter (2002, S. 24) müssen die Symptome für die Vergabe einer Diagnose eine bestimmte Schwere, Dichte, Häufigkeit, Verbindung und Dauer des Erlebens und Verhaltens aufweisen. Die Kriterien, wann eine Diagnose auszustellen ist, sind in den Klassifikationssystemen definiert. In vielen Fällen ist die Grenze zwischen gesund und krank trotz den Klassifikationssystemen nicht eindeutig definierbar (Barnikol & Jacobi, 2015, S. 49–50). In diesem Fall sollte laut Lütz (2020, S. 34) der

Grundsatz gelten, dass einem Menschen im Zweifelsfall keine Diagnose gestellt wird. Aus der Perspektive der Sozialen Arbeit ist zu berücksichtigen, dass bei den Aufzählungen der diagnostischen Merkmale einer Erkrankung die psychischen Merkmalsbeschreibungen klar überwiegen. Die soziale Dimension wird wenig berücksichtigt und wenn, dann nur aus der Perspektive des Subjekts (Baumeler et al., 2012, S. 14). Diagnosen stellen jedoch zweckgerichtete Erkenntnisse dar und Klassifikationssysteme helfen mit ihren Diagnosen eine passende Behandlung für leidende Menschen zu finden (Lütz, 2002, S. 34).

Klassifikationssysteme sind ein Ansatz, psychische Störungen deskriptiv zu beschreiben. Es handelt sich bei diesen Störungen um Konstrukte, welche von sozialen, politischen und religiösen Normen beeinflusst sind. Gemäss Lütz (2022, S. 39) beeinflussen die gesellschaftlichen Konventionen, ob jemand als gesund oder als krank eingestuft wird. Es besteht keine naturgegebene Grenze zwischen psychischer Normalität und Abweichungen. Es geht vielmehr darum, wie stark die Gesellschaft in der Lage ist, Verrücktes und Verrückte als Teil des Lebens und der Gesellschaft anzunehmen und anzuerkennen (Franke, 2012, S. 86). Lütz (2022, S. 39) vertritt den Standpunkt, dass sich die Psychiatrie in keiner Weise dazu verleiten lassen dürfe, das Aussergewöhnliche, das Exzentrische durch Diagnosen ruhigzustellen.

Die Beratung von Sozialarbeitenden kann durch die Diagnosekenntnis einer psychischen Störung der Klientel beeinflusst werden, obwohl die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit konstruiert ist. Zusätzlich wird erkennbar, dass die Diagnostik das bestehende Verhalten und Erleben der Betroffenen beschreiben und keine Prognose für das zukünftige Verhalten beinhalten.

3.2.1 Psychopharmaka

Keine andere Medikamentengruppe wird in der Schweiz so häufig verschrieben wie Psychopharmaka und keine andere Medikamentengruppe wird von der Gesellschaft so kontrovers diskutiert. Richtig eingesetzt, können sie die Lebensqualität erheblich verbessern und Personen in ihrem Alltag sowie ihrem Berufsleben unterstützen. Falsch eingesetzt bringen sie die Gefahr von Nebenwirkungen mit sich. Psychopharmaka können daher zugleich Fluch und Segen sein (Peter et al., 2022, S. 1).

Wird über psychische Störungen gesprochen, kommt rasch die Frage auf, ob die erkrankte Person eine Behandlung mit Psychopharmaka macht oder nicht. Für die Bearbeitung der Fragestellung sind Psychopharmaka von Bedeutung, weil diese zur Behandlung von psychischen Erkrankungen beitragen können. Weil sie wie folgend beschrieben seelische Abläufe verändern können, haben sie einen grossen Einfluss auf die psychische Gesundheit und somit auch das Verhalten und Erleben der Personen. Die entsprechenden Veränderungen der Klientel wirken sich auf die Beratung der Sozialarbeitenden aus. Die medikamentöse Behandlung kann den Unterstützungsbedarf durch Sozialarbeitende mindern, weil

die Klientel die Aufgaben selbstständig bewältigen kann oder die Zusammenarbeit durch die höhere Aufnahmefähigkeit ermöglichen (Interview 4, S. 11)

Die Menge der bezogenen Psychopharmaka ist in den vergangenen Jahren stagnieren und ist nicht auffällig anders als in den umliegenden Ländern (Peter et al., 2022, S. 7). Am häufigsten werden Antidepressiva eingenommen. Folgend sind Anxiolytika und Sedativa. Diese werden zur Behandlung von Angst-, Erregungs-, und Spannungszuständen als auch Schlafstörungen verschrieben. Verordnet werden können die Medikamente bloss von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Am meisten Rezepte werden im ambulanten Bereich in privaten Praxen ausgestellt. In geringen Mengen erfolgt eine Verschreibung durch ambulante Dienste von Spitälern (S. 4–5).

Psychopharmaka beeinflussen die Stoffwechselprozesse im Gehirn, wodurch Fehlregulationen normalisiert werden können. Jede in therapeutischer Absicht verabreichte Substanz, die in die Steuerungsfunktion des zentralen Nervensystems eingreifen kann und somit seelische Abläufe verändert, ist ein Psychopharmakon (Dietmaier & Laux, 2009, S. 12).

Psychische Erkrankungen gibt es schon seit jeher. Allerdings sind Behandlungen mit Psychopharmaka erst seit Mitte des 20. Jahrhunderts möglich. In den 1950er Jahren erschienen die ersten Medikamente gegen Depressionen und Psychosen auf dem Markt. Für viele Patientinnen und Patienten kam es durch diese zu einer Verbesserung ihrer Behandlung. Man begann aufgrund der positiven Rückmeldungen die Medikamente weiterzuentwickeln und zu optimieren. So entstanden neue Präparate und die Produktion von anderen wurde eingestellt. Antidepressiva werden deshalb in Generationen eingeteilt. Es gibt Antidepressiva der ersten, zweiten sowie der dritten Generation.

Weil bei gewissen Erkrankungen eine organische Veränderung und eine Stoffwechselstörung im Gehirn bestehen, sind Psychopharmaka unverzichtbar. Dies ist beispielsweise bei Psychosen der Fall. Durch diese Möglichkeit sind solche Erkrankungen behandelbar geworden und sie dienen als soziotherapeutische und psychologische Behandlungsmassnahmen (Dietmaier & Laux, 2009, S. 20). In einer akuten psychotischen Phase sind Antipsychotika das Heilmittel. Gespräche mit einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten können erst anschliessend Wirkung zeigen. Es wäre ein ärztlicher Kunstfehler, einer an Schizophrenie erkrankten Person, die Möglichkeit der Einnahme von Antipsychotika zu verwehren. Schliesslich sind sie ein Heilmittel, welches bei der leidenden Person psychische Gesundheit bewirken kann (Lütz, 2022, S. 148). Diese Vorteile tragen zur Bedeutung von Behandlungen mit Psychopharmaka bei.

Psychopharmaka haben allerdings auch Grenzen und können erhebliche Gefahren mit sich bringen. Der unreflektierte Einsatz von Psychopharmaka beispielsweise zum Ruhigstellen des Klientels ist kritisch zu betrachten. Die Medikamente sollten auch nicht als «happy pills», also zur Erleichterung des Lebens eingesetzt werden. Besonders bei Tranquilizer und Beruhigungsmittel besteht die Gefahr, dass der Gebrauch zum Missbrauch wird. Die Fehlannahme, dass man durch ihren Konsum leichter leben könne, führt rasch zu einer unkontrollierten Einnahme. In Deutschland gehörten Tranquilizer lange zu der am häufigsten verordneten Psychopharmaka Gruppe (Dietmaier & Laux, 2009, S. 21). Tranquilizer sind nicht nur Beruhigungsmittel, sondern auch Schlafmittel (Hypnotika). Frauen konsumieren klar häufiger Schlafmittel als Männer und die Einnahme nimmt mit dem Alter zu (Sucht Schweiz, o.D.).

Patientinnen und Patienten haben wegen möglichen Nebenwirkungen oft bereits zu Beginn grosse Bedenken die Medikamente einzunehmen. Sie haben gehört oder gelesen, dass es zu Nebenwirkungen kommen kann und lehnen die Einnahme deshalb strikt ab. Die Herstellenden von Medikamenten müssen jede bekannte Nebenwirkung ihres Präparates angeben. Deshalb steht in einer Packungsbeilage jede jemals beobachtete Nebenwirkung. Ob die Patientinnen und Patienten eine oder mehrere Nebenwirkungen beklagen müssen, ist damit nicht geklärt (Privatklinik Meiringen, 2016, S. 10). Entstehen tatsächlich Nebenwirkungen müssen die positiven Wirkungen mit den möglich unerwünschten Nebenwirkungen abgewogen werden.

Die Dosierung der Medikamente ist, beeinflusst die Nebenwirkungen. Damit keine oder geringe Nebenwirkungen entstehen, werden viele Medikamente zu Beginn der Behandlung in einer niedrigen Dosierung verschrieben. Anschliessend wird die Dosierung schrittweise auf die gewünschte Wirkungs-dosis erhöht. Dieser Prozess wird auch aufdosieren genannt. Es ist wichtig, dass die Patientinnen und Patienten das Medikament in der richtigen Dosis einnehmen (Privatklinik Meiringen, 2016, S. 38) Die Erfahrungen und Einstellungen der betroffenen Personen sind in diesen Prozess einzubeziehen. Es bringt Vorteile, wenn erkrankte Personen lernen, ihre eigenen Medikamente mitzusteuern. In diesem Fall erleben die Personen ihre Medikamente als Heilmittel und sich selbst als Managerin oder Manager der eigenen Krankheit (Lütz, 2022, S. 150).

Dietmaier und Laux (2009, S. 22) beschreiben, dass alle Klientinnen und Klienten einen individuellen Gesamtbehandlungsplan benötigen. In diesem soll ein personalisierter Zeitablauf, mit den verschiedenen zum Einsatz kommenden, Therapieverfahren enthalten sein. Eine alleinige Behandlung durch Psychopharmaka ist nie das Ziel. Persönliche Probleme der Klientel sind zu beachten, weil diese zur Krankheit beigetragen haben könnten. Möglicherweise ist die Erkrankung wegen persönlichen Problemen entstanden. Medikamente und Psychotherapie sollten nicht als Gegensätze betrachtet werden. In den häufigsten Fällen wird durch die Kombination ein optimales Therapieergebnis ermöglicht. Wie gut die Beziehung zwischen Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten ist,

spielt auch bei Personen, die Psychopharmaka einnehmen, eine zentrale Rolle. Welches Medikament in welcher Dosierung verordnet und ob es entsprechend eingenommen wird, ist ein wichtiger Faktor im Behandlungsverlauf.

Psychopharmaka bringen Chancen und Risiken mit sich. Daher ist eine genaue Dosierung mithilfe der Patientinnen und Patienten sehr wichtig für den weiteren Behandlungsverlauf (Lütz, 2022, S. 150). Grundsätzlich sind Psychopharmaka in der Behandlung von psychischen Krankheiten unverzichtbar (Dietmaier & Laux, 2009, S. 23). Die Behandlungsmöglichkeiten haben sich durch diese Substanzen stark erweitert. Trotz den zusätzlichen Möglichkeiten dürfen Psychopharmaka die Gespräche mit Ärztinnen und Ärzten, körperliche Untersuchungen, die Berücksichtigung von psychosozialen Aspekten oder eine psychotherapeutische Behandlung nicht ersetzen (S. 20).

3.3 Geschichte der Diagnostik

Die Geschichte der Diagnostik hängt mit der Entstehungsgeschichte der Klassifikationssysteme zusammen, weshalb auf die Entstehung des ICD und des DMS eingegangen wird. Laut der American Psychiatric Association (APA, o.D.) wurden in den vergangenen 2000 Jahren etliche Klassifikationssysteme entwickelt. Einige Systeme umfassten fünf definierte diagnostische Kategorien, andere bestanden aus Tausenden. Die Klassifikationssysteme hatten unterschiedliche Verwendungsziele in klinischen, wissenschaftlichen oder administrativen Bereichen. Das Bedürfnis nach der Klassifizierung von psychischen Störungen besteht schon lange. Welche Störungen in einem Klassifikationssystem enthalten sein müssen und wie es gegliedert sein soll, war aber lange unklar.

3.3.1 Entstehung ICD

Im 18. Jahrhundert versuchten Personen Krankheiten erstmals systematische in unterschiedliche Klassen einzuteilen. Im Jahr 1891 wurde erstmals ein Todesursachenverzeichnis veröffentlicht. In diesem Verzeichnis wurden die Todesursachen systematisch nach Krankheiten aufgelistet. Die entstandenen Verzeichnisse wurden bis 1893 weiterentwickelt. Dies erste Version des heute genannten International Classification of Diseases (ICD) wurde Beritillon`sche Klassifikation der Todesursachen (BCCD) genannt (Amelang et al., 2021, S. 23). 1945 wurde an der fünften Revisionskonferenz zum ICD die Einführung der Klassifizierung von Krankheiten und Verletzungen beschlossen. Bis dahin wurden ausschliesslich die Todesursachen aufgeführt. An der sechsten Revisionskonferenz ein Jahr später wurde die internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen verabschiedet. Mit Annahme dieser Klassifikation entstand die ICD-6 der WHO. Seither fanden diverse

Revisionen statt, wobei neue Krankheiten ins ICD aufgenommen und teilweise systematische Veränderungen vorgenommen wurden.

3.3.2 Entstehung DSM

Gemäss der APA (o.D.) entstand in den Vereinigten Staaten die Entwicklung eines Klassifikationssystems durch die Forderung, statistische Daten zu sammeln. Aus dieser Forderung wurde das heutige DSM entwickelt. 1840 wurden Informationen zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung in einer Volkszählung erfasst, wobei die Häufigkeit von Idiotie und Irrsinn erfragt wurde. Bei einer Volkszählung 1880 wurde die Frage in folgende sieben Kategorien von Geisteskrankheiten ausdifferenziert: Manie, Melancholie, Monomanie, Parese, Demenz, Dipsomanie und Epilepsie. 1917 entwickelte die American-Medico-Psychological Association in Zusammenarbeit mit der National Commission on Mental Hygiene einen Plan, damit alle psychiatrischen Kliniken einheitliche Gesundheitsstatistiken führen konnten. Vier Jahre später lautete der neue Name der American-Medico-Psychological Association American Psychiatric Association. Die APA arbeitete mit der New York Academy of Medicine gemeinsam eine landesweit akzeptierte psychiatrische Klassifikation aus. Das erarbeitete System war für die Diagnostik von stationären Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen und neurologischen Störungen konstruiert. Die US-Armee arbeitete ein Klassifikationssystem für Soldaten und Veteranen des zweiten Weltkrieges aus. In diesem Klassifikationssystem wurden ergänzend ambulante Behandlung von psychischen Störungen festgehalten. 1952 wurde die erste Ausgabe des DSM veröffentlicht. Im Frühjahr 2019 begann die letzte Überarbeitung, woran mehr als 200 Expertinnen und Experten beteiligt waren. Fertig überarbeitet und veröffentlicht wurde das DSM-5-TTR im März 2022.

4 Beratung in der Sozialen Arbeit

Laut Engel et al. (2008, S. 13) ist Beratung eine vielfältige und besonders weitverbreitete Hilfeform und stellt daher eine der essenziellsten Methoden sozialer, sozialpädagogischer und psychosozialer Arbeit dar. Beratung kann als Schlüsselkompetenz Sozialer Arbeit gesehen werden (Klus & Schilling, 2015, S. 187). Mit dem Wissen dieser Wichtigkeit, wird im folgenden Kapitel auf die Beratung in der Sozialen Arbeit eingegangen. Zuerst wird definiert, was konkret unter einer professionellen Beratung verstanden wird. Anschliessend werden die Ziele einer Beratung erläutert und die Abgrenzung zwischen Psychotherapie und Beratung, wobei auch der Unterscheid zwischen Psychologie und Sozialer Arbeit erläutert wird. Abschliessend wird auf die möglichen Chancen und Risiken für die Beratung bei Diagnosekenntnis einer psychischen Erkrankung eingegangen.

4.1 Definition einer professionellen Beratung

Sozialarbeitende möchten der Klientel eine professionelle Beratung anbieten, was auch bei der Diagnosekenntnis einer psychischen Erkrankung der Klientel beabsichtigt wird. Damit eine Beratung professionell ausgestaltet werden kann, muss geklärt sein, was eine professionelle Beratung ist.

Beratung stellt ein zentrales Element aller drei Arbeitsbereiche der Sozialen Arbeit dar und wird vom Basismedium, der Gesprächsführung, unterschieden (Abplanalp et al. 2020, S. 19). Dabei wird die Beratung laut Stimmer (2020, S. 33) als Interaktionsmedium der Sozialen Arbeit gesehen. Interaktionsmedien bestimmen die Methoden, um Probleme zu lösen und werden aufgrund der Herausforderung gewählt. Alternative Interaktionsmedien zur Beratung sind Begleitung Unterstützung und Betreuung, soziale Therapien oder Bildung und Erziehung. Je nach Interaktionsmedium der professionellen Hilfe wendet die Fachperson unterschiedliche Methoden und Techniken an (S. 131). Interaktionsmedien können nicht immer klar voneinander getrennt werden und kommen teilweise in Kombinationen vor (S. 146–158).

Gemäss Engel et al. (1999, S. 21–22) wird zwischen Alltagsberatungen, fachkundigen Beratungen und professionellen Beratungen unterschieden. Eine Alltagsberatung ist beispielsweise eine Beratung durch Freundinnen und Freunde oder ein Familienmitglied im Alltag (Nestmann, 2007, S. 549–553). Eine fachkundige Beratung meint eine Beratung durch eine Person, die spezifisches Fachwissen hat. Diese verfügt meist nicht über ein ausgearbeitetes Beratungswissen. Dies könnte bei Ärztinnen und Ärzten der Fall sein, denn Beratungen sind zwar Teil ihres Tätigkeitsbereiches, allerdings nicht ihre Hauptaufgabe. Damit eine professionelle Beratung stattfinden kann, braucht die Fachperson der Sozialen Arbeit Fachwissen rund um ihr Handlungsfeld und Beratungskompetenzen (Engel et al., 2008,

S. 35). Die Handlungsfelder der Sozialen Arbeit sind divers und beinhalten beispielsweise das Gesundheitswesen, die Schulsozialarbeit und die wirtschaftliche Sozialhilfe. Das Fachwissen in den Handlungsfelder der Sozialen Arbeit unterscheidet sich dementsprechend und muss von den Sozialarbeitenden erarbeitet werden. Die Beratungskompetenzen sind für alle Sozialarbeitenden wichtig, weshalb sie in der Ausbildung stark zu gewichten sind.

Gemäss Weber und Kunz (2016, S. 12) hat eine Beratung in der Sozialen Arbeit immer eine Funktion. Wie zum Beispiel Informationen zu beschaffen und zu vermitteln oder Veränderungen und Entwicklungen zu erkennen und zu unterstützen. Eine andere Aufgabe kann sein, einen Schutz- und Kontrollauftrag wahrzunehmen oder die Klientel zu stabilisieren beziehungsweise professionelle Betreuung oder Begleitung einzuleiten. Bei Schutz- und Kontrollaufträgen wird die Klientel unfreiwillig von den Sozialarbeitenden unterstützt (S. 14–15). Die Aufträge ergänzen sich wechselseitig, weshalb sich die Beratenden der Sozialen Arbeit sowie Klientinnen und Klienten in mehreren Funktionen befinden (S. 12).

Laut Redlich (1997, S. 152) stellt Beratung schlussendlich eine Verständigung zwischen mindestens zwei Personen dar. Eine der beiden Personen ist die ratsuchende Person, welche ein Problem hat und gegebenenfalls das Ziel verfolgt, dieses zu beheben. Das Gegenüber ist die beratende Person. Diese trägt kommunikativ und oft intervenierend zur Problemlösung bei. Damit es zu einer professionellen Beratung kommen kann, muss die beratende Person folgendes beachten: Die Beteiligten sollten ihr inneres Erleben authentisch zum Ausdruck bringen können. Weiter sollten Beziehungsregeln miteinander ausgehandelt werden und es ist wichtig, dass sie sich gegenseitig wahrheitsgetreu über Sachverhalte informieren. So können gemeinsam effiziente Massnahmen geplant werden.

Redlich sieht Beratung als eine professionelle Verständigung zwischen einem Problem- und einem Hilfesystem. Mittendrin steht die Beratung als Brückenfunktion zwischen den Systemen. Die Beratung soll nicht nur mit ihrer kommunikativen Problemlösung und der Vermittlung zwischen den Systemen unterstützend wirken, sondern sie soll weitere konkrete Hilfen leisten. Die Hilfestellungen unterstützen die Hilfesuchenden bei materiellen, sozialen, erzieherischen oder anderen Problemen. Ähnlich schreiben Langhorst und Schwill (2011, S. 49), dass Beratung bei lebenspraktischen, psychosozialen und materiellen Konflikten und Notlagen nach einer kognitiven, emotionalen und praktischen Problemlösung strebt.

Beratung ist grundsätzlich ein Gespräch in der Sozialen Arbeit, welches in besonderem Masse und systematisch den lebensweltlichen Kontext der Klientel berücksichtigt. Das Ziel der Sozialarbeitenden ist die Klientel in verschiedenen Lebensbereichen je nach Notwendigkeit zu unterstützen. Stimmt der

Unterstützungsbedarf nicht mit dem Auftrag und dem Zuständigkeitsbereich der Organisation überein, triagiert die sozialarbeitende Person die Klientel weiter. Damit eine sinnvolle Triage stattfinden kann, muss die Fachperson Kenntnisse über die Lebenswelt der Klientel besitzen und aktuell zur Verfügung stehende Angebote kennen (Abplanalp et al., 2020, S. 32–33).

Die institutionellen Regeln haben gemäss Redlich (1997, S. 152) einen Einfluss auf die Beziehung zwischen zwei Personen. Sozialarbeitenden muss bewusst sein, wie wichtig die Beratungsbeziehung für eine professionelle Beratung ist. Die Beratungsbeziehung wird durch die Ausgestaltung von Nähe und Distanz und den Umgang mit der Machtposition in der Beratung beeinflusst, weshalb diese Merkmale nachfolgend erläutert werden.

Eine adäquate körperliche, emotionale und geistige Nähe beziehungsweise Distanz, sind für die Gestaltung einer professionellen Beratung von grosser Wichtigkeit (Abplanalp et al., 2020, S. 112). Es kommt in einer Beratungsbeziehung unwillentlich zu personaler Distanz, weil eine Formalisierung besteht. Diese Formalisierung ist an institutionellen Rahmenbedingungen und professionsspezifischen Anforderungen erkennbar (Schäfter, 2010, S. 36–40). Ein Beispiel ist, dass Sozialarbeitende für Beratungen Lohn erhalten. Die Dauer des Beratungsprozesses wird durch die institutionellen Rahmenbedingungen festgelegt und kann nicht von der Klientel oder den Sozialarbeitenden gewählt werden. Zusätzlich orientiert sich die Zusammenarbeit an den zu bewältigen Aufgaben. Während einer Beratung kann bewusst Distanz aufgebaut werden, indem beispielsweise erwähnt wird, dass eine gute Beziehung wünschenswert ist, jedoch nie Selbstzweck. Die Beziehung ist nicht das primäre Ziel einer professionellen Beratung. (Abplanalp et al., 2020, S. 113). Personale Nähe ist das Gegenteil von professioneller Distanz. Personale Nähe ist ebenfalls ein Bestandteil einer professionellen Beziehung. Sie entsteht durch die persönliche Beziehung. Gestärkt wird sie durch persönliche Reaktionen, Empfindungen und Gedanken. Um bewusst Nähe herzustellen, können Techniken der klientenzentrierten Beratung nach Rogers angewendet werden. Rogers (2007, S. 2) nennt Empathie, unbedingte Wertschätzung und Kongruenz als Voraussetzung, um in eine enge Beziehung zueinander zu treten. Den Sozialarbeitenden sollte bewusst sein, dass jede Beziehung zu den Menschen in den Beratungen einzigartig ist. Gleichzeitig sollten alle Sozialarbeitenden ersetzbar bleiben (Abplanalp et al., 2020, S. 114). Für eine professionelle Beratung wird professionelle Nähe und personale Distanz benötigt, wobei die Ausprägung der Gegensätze durch die Bedürfnisse der Klientel und der Sozialarbeitenden geleitet werden sollte.

Bei Beratungsbeziehungen hat Macht immer einen Einfluss. Sozialarbeitende haben viel Macht. In der Regel verfügen sie über die Entscheidungsmacht. Sie können beispielsweise über den Zugang zu materiellen Leistungen für die Klientel entscheiden (Wolf, 1999, S. 155). Deshalb besteht eine Verantwortung der Sozialarbeitenden gegenüber der Klientel (Gossmann, 2011, S. 35). Macht wird in

Beratungsgesprächen auch in der sprachlichen Interaktion ausgeübt. So kann bereits die Art der Ansprache, also ob geduzt oder gesiezt wird, Macht darstellen (Nestmann & Sickendiek, 2002, S. 173). Deshalb ist die Reflexion der eigenen Machtposition von grosser Bedeutung. Der bewusste Umgang mit der Machtposition sollte dazu führen, dass die Machtausübung durch die Sozialarbeitenden selbstständig begrenzt wird. Die Machtposition ist im Idealfall nur zugunsten der Klientel zu nutzen. (Gaitanides, 2004, S. 322).

Eine Person nimmt eine Beratung in Anspruch, wenn sie zusätzliche Informationen zu einem Sachverhalt erhalten möchte. Für gewöhnlich geht es um ein abgegrenztes Thema. Typisch ist, dass Personen eine Beratung in Anspruch nehmen, die ihre aktuelle Situation als Beeinträchtigung ihres psychischen und sozialen Wohlbefindens wahrnehmen. Daher wird unter dem Begriff Beratung oft verstanden, dass jemandem bei einer konkreten Frage oder mit einem konkreten Anliegen Unterstützung in Anspruch nimmt (Killersreiter, 2023, S. 248). Um dies zu erreichen, sollen Klientinnen und Klienten in der Beratung Bewältigungsmöglichkeiten kennenlernen und ihre individuellen Problemlösungskompetenzen erweitern (Abplanalp et al., 2020, S. 10).

In den vergangenen Zeilen wurde die Beratung als Interaktionsmedium verortet. Weiter wurden die drei verschiedenen Formalisierungsgrade, die eine Beratung haben kann, aufgezeigt. Schliesslich wurde dargestellt, was in der Literatur unter einer professionellen Beratung in der Sozialen Arbeit verstanden wird. Die Beratungsbeziehung hat einen grossen Einfluss auf den Verlauf der Beratung und beeinflusst den Verlauf einer Beratung.

4.1.1 Fallverständnis nach Müller

Fallverstehen stellt eine zentrale Handlungskompetenz der Sozialen Arbeit dar. Das Fallverstehen überschneidet sich teils mit anderen Dimensionen professionellen Handelns, besonders mit der Diagnostik. Beim Fallverständnis ist primär zu klären, wodurch ein Fall zum Fall wird. Durch diese Klärung wird klar, dass ein Fall in einem Prozess entsteht. Ein Fall ist Produkt bestimmter Akteurinnen und Akteure, die unter ganz bestimmten Umständen gehandelt haben. Entweder berichten die Akteurinnen und Akteure selbst über ihr Handeln oder es wird von anderen Personen über deren Handeln berichtet (Hanses, 2000). Braun et al. (2011, S. 31) beschreiben, dass die Soziale Arbeit an der Konstruktion ihrer Fälle massgeblich beteiligt ist. Ein Fall wird erst zu einem Fall der Sozialen Arbeit, wenn Sozialarbeitende handelnd bei einem Problem eingreifen. Der Fall erhält seine spezifische Ausprägung durch die Interaktion zwischen den problem betroffenen Personen und den Sozialarbeitenden.

Es gibt Professionen, in welchen der Fallbezug und somit ihr Aufgabenbereich eingrenzbar sind. Die Soziale Arbeit zeichnet sich durch eine diffuse Zuständigkeit aus, weil der Aufgabenbereich nicht klar eingrenzbar ist. In der Sozialen Arbeit führt nie ein konkretes Problem oder ein Merkmal einer Person zur Fallarbeit. Der Fall ist die Verwobenheit eines Subjektes mit der Lebenswelt. Der Fall kann deshalb nicht unmittelbar identifiziert werden, sondern muss zuerst in der Lebenswelt der betroffenen Person erschlossen werden (Braun et al., 2011, S. 24). Die Fälle sind zusätzlich sozial hergestellt und beziehen sich immer auf eine bestimmte Lebensrealität und konkrete Lebensverhältnisse, mit denen sie auf unterschiedlichste Weise verstrickt sind (S. 27).

1993 präsentierte Müller das Modell der multiperspektivische Fallarbeit (Braun et al., 2011, S. 38). Damit entstand ein Reflexionsinstrument für praxisbegleitendes sozialpädagogisches Denken (Müller, 2006, S. 184). Die multiperspektivische Fallarbeit konzentriert sich nicht wie die klassische soziale Einzelfallhilfe auf die Beziehungsarbeit zwischen der Klientel und den Sozialarbeitenden. Sie versucht die komplizierten Handlungsbedingungen der Sozialen Arbeit und die spezifischen institutionellen Rahmen miteinzubeziehen. Durch eine systematisierende Analyse und fallbezogene Aufarbeitung der Ebenen und Dimensionen soll die Komplexität sozialpädagogischen Handelns reduziert werden. Die Systematisierung fördert die professionelle Fallarbeit. In der systematischen Analyse werden die wichtigen Einflussfaktoren auf sozialpädagogische Interventionen miteinbezogen, damit der Verlust der Vielfalt verhindert werden kann (Müller, 2012, S. 38).

Müller unterscheidet drei verschiedene Falldimensionen. Je nach Falldimension verändert sich die Perspektive auf einen konkreten Fall, weshalb unterschiedliches fallbezogenes Wissen notwendig ist (Adler, 2006, zitiert nach Braun et al., 2011). Die drei Dimensionen lauten:

- Fall von
- Fall für
- Fall mit (Müller, 2012, S. 43–64)

Fall von beinhaltet die Abklärung und Abwägung von relevanten Sachaspekten. Die Abklärungen und Abwägungen sind besonders wichtig, wenn Spannung unter den Sachaspekten bestehen (Müller, 2012, S. 42). Fall von beinhaltet auch das Verwaltungshandeln, wobei die rechtliche Zulässigkeit der Handlungen zentral ist (Zauner, 2018).

Bei der Dimension Fall für ist die Zuständigkeit zentral. Bei Fall für ist zu berücksichtigen, dass Sozialarbeitende oft auf das Handeln und die Kompetenzen von anderen Instanzen und Fachpersonen angewiesen sind. Sozialarbeitende müssen die Tätigkeiten anderer für den Fall relevanter Instanzen kennen und die Klientel mit ihren Anliegen an die entsprechenden Instanzen weiterleiten. Die Sozialarbeitenden haben oft eine Koordinationsfunktion zwischen den unterschiedlichen Professionen

und Instanzen, weshalb die förderliche Zusammenarbeit für die Klientel einzufordern ist (Müller, 2012, S. 42).

Fall mit meint die Zusammenarbeit mit der Klientel und dem sozialen Umfeld der Klientel. Sozialarbeitenden sollten davon ausgehen, dass Fälle nur gemeinsam mit der Klientel gelöst werden können. Deshalb ist die Zusammenarbeit der Klientel äusserst wichtig, weshalb Hindernisse abzubauen sind und Verweigerungen verhindert werden sollten. Das soziale Umfeld der Klientel sollte ebenfalls in den Veränderungsprozess eingebunden werden, damit es die Klientel unterstützen kann (Müller, 2012, S. 43).

Die Fallarbeit verläuft zirkulär und kann in vier Phasen gegliedert werden. Der Start stellt die Anamnese dar, wobei Informationen zur Fallsituation gesammelt werden. Bei der Diagnose werden die zusammengetragenen Daten interpretiert und die Interventionsmöglichkeiten geplant. Die Intervention beinhaltet die Handlungen, wie der Leidensdruck der Klientel anzugehen ist. Abschliessend wird die bisherige Zusammenarbeit evaluiert, woraus neue Erkenntnisse für die Anamnese entstehen können, weshalb die Phasen der Fallarbeit neu gestartet werden. Nach Müller ist dieser Ablauf in allen drei Falldimensionen, Fall für, Fall von, Fall mit zu bearbeiten (Zauner, 2018).

Das Ziel der multiperspektivischen Fallarbeit nach Müller ist durch den wiederholenden Perspektivenwechsel die Komplexität des Handlungsfeldes zu erfassen. Für Sozialarbeitende besteht die Schwierigkeit, die Komplexität des Falles nicht unzulässig zu reduzieren und sich trotzdem nicht in den Einzelheiten zu verlieren (Zauner, 2018).

Das Bewusstsein, dass Fälle konstruiert sind, ist von besonderer Bedeutung (Braun et al., 2011, S. 31). Weiter wird mit der Dimension «Fall für» aufgezeigt, dass oft eine Zusammenarbeit mit anderen Instanzen und Professionen wie beispielsweise Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten notwendig ist. Dies zeigt auf, dass es für Sozialarbeitende wichtig ist, deren Aufgaben und Kompetenzen zu kennen, um die Klientel professionell zu beraten und möglicherweise an andere Stellen zu triagieren.

4.1.2 Beratungskontext

Gemäss Kling-Kirchner (1989, zitiert nach Gossmann, 2011) sollte Beratung punktuell und somit zeitlich begrenzt sein. Eine Beratung sollte auf Freiwilligkeit basieren und wertoffen ausgestaltet werden. Der Klientel seien die eigene Problemlage und der eigene Hilfebedarf bewusst, wenn sie sich entscheiden, eine Beratung in Anspruch zu nehmen. Es braucht daher nur eine gemeinsame Identifizierung des Hilfebedarfs und Hilfe zur Selbsthilfe. Die Klientel hat den Wunsch, Anregungen, Orientierung und emotionale Unterstützung, sowie Unterstützung bei der Entdeckung neuer Handlungsoptionen zu erhalten. Kling-Kirchner spricht sich deshalb für die Absprache des gesamten Vorgehens mit der Klientel aus. Diese Beschreibung von Kling-Kirchner beschreibt eine optimale Zusammenarbeit und ist

sich die Diskrepanz zur Realität bewusst. Denn im Bereich des aktivierenden Sozialstaates sind Pflichtberatungen keine Seltenheit. Nachfolgend wird beschrieben, wie der Erstkontakt einer Beratung entstehen kann.

Erstgespräche und die anschliessenden Beratungen werden teilweise nicht auf freiwilliger Basis in Anspruch genommen. Manchmal benötigt es eine Drittperson, auch Netzwerkangehörige genannt, die der Klientel einen Anstoss gibt. Es ist möglich, dass die Klientel in der Pflicht steht, eine Beratung in Anspruch zu nehmen. Die Unterscheidung zwischen freiwilligen Beratungen und Pflichtberatungen ist nicht immer trennscharf (Gregusch & Kähler, 2015, S. 29–30). Folgend werden die genannten Ausgangslagen beschrieben und die möglichen Auswirkungen auf die Zusammenarbeit erläutert. Es werden folgende Ausgangssituationen für einen Erstkontakt unterschieden:

- Durch Klientinnen und Klienten selbst initiierte Erstkontakte
- Durch Netzwerkangehörige erzwungene oder angeregte Erstkontakte
- Behördlich verordnete Erstkontakte (Gregusch & Kähler, 2015, S. 29)

Eine Person ist auf der Suche nach Hilfe und kontaktiert eine Beratungsstelle aus freiem Willen ohne Druck oder Anforderungen einer Drittperson, nennt man dies durch Klientinnen und Klienten selbst initiierte Erstkontakte (Gregusch & Kähler, 2015, S. 31). Dabei empfindet die hilfeschende Person einen grossen Leidensdruck, weshalb sie selbst nach Hilfe sucht. Es ist auch möglich, dass eine Person einen solch grossen Leidensdruck empfindet, dass sie es nicht mehr schafft, eine Beratungsstelle selbstständig zu kontaktieren (Kähler & Zobrist, 2017, S. 16). Falls dieser Schritt gelingt, kann die hilfeschende Person trotz Freiwilligkeit gemischte Gefühle empfinden. Sozialarbeitende müssen mit den belasteten Gefühlen, der Furcht vor dem Unbekannten und dem Neuen rechnen. Häufig besteht auch eine grosse Hoffnung auf Hilfe (Gregusch & Kähler, 2015, S. 32).

Sucht die Person wegen sozialem Druck des informellen oder formellen Netzwerks Hilfe, nennt man dies durch Netzwerkangehörige erzwungene und angeregte Erstkontakte. Der Druck kann beispielsweise durch eine Bedingung einer nahestehenden Person bestehen. Die Partnerin oder der Partner kann fordern, dass Hilfe aufzusuchen ist. Bei angeregten Gesprächen sieht sich die hilfeschende Person nicht als gezwungen, sondern es kommt durch Information oder motivierende Überzeugungsarbeit zu einem Erstgespräch. Dieser Prozess kann einige Zeit in Anspruch nehmen. Ob Hilfe in Anspruch genommen wird, ist stark davon abhängig, wie niederschwellig das Hilfsangebot ist. (Gregusch & Kähler, 2015, S. 30–31). Kommt ein Erstgespräch auf dieser Basis zustande, weiss die beratende Person wenig über die Motivation und die Bereitschaft zur Kooperation der ratsuchenden Person (Kähler & Zobrist, 2017, S. 29–31).

Der behördlich verordnete Erstkontakt ist eine weitere Möglichkeit. Dabei werden Erstgespräche ohne die Zustimmung der Klientel verordnet. Solche Erstkontakte finden besonders im Justizbereich und in

totalitären Institutionen wie beispielsweise geschlossenen Stationen in psychiatrischen Krankenhäusern statt. Klientinnen und Klienten haben konkrete Auflagen, Ziele zu erreichen. In Beratungen treffen sie unter diesen Umständen auf Sozialarbeitende. Klientinnen und Klienten nehmen Termine wahr, weil sie sich bewusst sind, dass das Nichtwahrnehmen der Beratung negative Konsequenzen haben könnte. Die Erstkontakte könnten von der Klientel entsprechend unterschiedlich wahrgenommen werden. Es besteht die Möglichkeit, dass die Klientel auf das sozialarbeiterische Handeln eingeht, es kann aber auch sein, dass die Klientel das Vorgehen strikt ablehnt. Für die Sozialarbeitenden kann eine solche Zusammenarbeit entsprechend herausfordernd sein (Gregusch & Kähler, 2015, S. 30).

Der Kontext eines Beratungsgesprächs hat demnach einen grossen Einfluss auf das Erstgespräch und die folgenden Beratungen. Wie es zu einem Erstgespräch kommt, kann mögliche Hinweise über die Bereitschaft der Zusammenarbeit der Klientel geben. Sozialarbeitende sollten deshalb bei einem Erstkontakt die tatsächliche Motivation der Klientel erfragen und überprüfen (Abplanalp et al., 2020, S. 93).

In der Sozialen Arbeit von grosser Bedeutung ist das Tripelmandat. Dabei geht es um die unterschiedlichen Anforderungen an die professionelle Tätigkeit (Braun et al., 2011, S. 24). Das erste Mandat meint, dass Sozialarbeitende einerseits in der Pflicht stehen Klientinnen und Klienten ihrer Lebensbewältigung zu unterstützen und andererseits sie zu kontrollieren. Fachpersonen der Sozialen Arbeit handeln also im gesellschaftlichen Doppelauftrag, was aufgrund des Spannungsfeldes herausfordernd sein kann. Sie orientieren sich nicht nur an den Bedürfnissen und Rechten des Klientels, sondern sie müssen auch gesellschaftliche und institutionelle Interessen berücksichtigen. Das zweite Mandat ist das Klientenmandat, in welchem es um die Anliegen und Wünsche von Hilfesuchenden geht. Das dritte Mandat beinhaltet die wissenschaftlichen Begründungen und den Ethikkodex, welcher auf den Menschenrechten aufbaut. Das dritte Mandat legitimiert die Soziale Arbeit als Profession (Staub-Bernasconi, 2018, S. 111–123).

Der Kontext der Beratung ist von grosser Relevanz für die Zusammenarbeit mit der Klientel. Die Gründe für den Erstkontakt bestimmen die Zusammenarbeit zwischen der Klientel und den Sozialarbeitenden mit. Die Soziale Arbeit hat die Hilfe zur Selbsthilfe als Ziel. Dieses Ziel ist besonders schwierig zu erreichen, wenn die Klientel wenig oder keine Motivation für die Zusammenarbeit hat.

Das Doppelmandat kann für Sozialarbeitende in der Beratung zur Herausforderung werden, weil die unterschiedlichen Ansprüche berücksichtigt werden müssen. Für die vorliegende Arbeit ist die Klärung des Beratungskontextes sowie die daraus entstehenden Herausforderungen für die Fachpersonen wichtig, weil der Beratungskontext einen erheblichen Einfluss auf das weitere Beratungsgeschehen und

die Beziehungsgestaltung hat. Sozialarbeitende können bei den drei beschriebenen Ausgangslagen auf Klientinnen und Klienten mit diagnostizierten psychischen Erkrankungen treffen. Die Diagnosekenntnis der Sozialarbeitenden vor einem Erstgespräch ist bei behördlich verordneten Erstkontakten am höchsten, weil das Wissen über eine psychische Störung der Klientel von den zuweisenden Behörden übermittelt werden kann. Bei einer Kontaktaufnahme wegen den Netzwerkangehörigen oder bei einem freiwilligen Erstkontakt bestehen meistens wenig Informationen über die Klientel vor dem Erstgespräch. Die Klientinnen und Klienten können jedoch früh im Beratungsverlauf über diagnostizierte psychische Erkrankungen berichten, weshalb die Sozialarbeitenden in späteren Beratungen über die Diagnosekenntnis verfügen.

4.2 Abgrenzung zwischen Psychologie und Sozialer Arbeit

Für Sozialarbeitende ist es von Bedeutung die Schnittstellen von Beratung und Psychotherapie zu kennen. Durch dieses Wissen kann die Klientel beispielsweise besser von einer Beratung in eine Psychotherapie triagiert werden. Zusätzlich können Interventionen gegenüber Fachpersonen anderer Professionen besser rechtfertigt werden (Abplanalp et al., 2020, S. 31). Die Beratung der Sozialen Arbeit hat sich lange sehr stark an Gesprächsmethoden der Psychotherapie orientiert. Die Soziale Arbeit wurde aufgrund der Orientierung an den Störungsbildern und Gesprächsmethoden der Psychotherapie kritisiert (S. 38). Trotz der Entwicklung der Sozialen Arbeit sind psychotherapeutische Methoden wie die klientenzentrierte Beratung nach Rogers, die lösungsorientierte Beratung nach De Shazer und die motivierende Gesprächsführung nach Miller und Rollnik für Beratungen der Sozialen Arbeit heute noch von essenzieller Bedeutung (S. 39).

Zur Abgrenzung von Psychologie und Sozialer Arbeit wird das Beratungskontinuum nach Ansen und Stimmer aufgegriffen. Anschliessend werden die vorhandenen Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede erläutert. Die Unterschiede sind für die Beantwortung der Fragestellung von besonderer Wichtigkeit. Das Ziel ist eine einheitliche und konkretere Vorstellung von professioneller Beratung der Sozialen Arbeit zu ermöglichen. Sozialarbeitende sollten auch bei Klientinnen und Klienten mit einer diagnostizierten psychischen Störung die Menschen Beraten und keine Psychotherapie anstreben. Die Unterschiede zu kennen ist für Beratende wichtig, damit das Verständnis besteht, welche Ziele in der Therapie verfolgt werden.

Ansen und Stimmer (2016, S. 42) haben ein Beratungskontinuum ausgearbeitet. Dabei steht die Beratung zwischen der Auskunft und der Therapie. Bei einer Auskunft geht es um die Vermittlung von neuem Wissen und die Wiederbelebung von altem Wissen. In einer Therapie steht die Förderung neuer Handlungskompetenzen und die Wiederbelebung alter Handlungskompetenzen im Fokus. Beratungen liegen dazwischen, weil sie sowohl mit Auskünften wie mit Therapien in Beziehung stehen. Dies

bedeutet, dass beispielsweise die Informationsweitergabe von grosser Wichtigkeit sein kann. Zusätzlich können beraterische Interventionen therapeutische Effekte bewirken (Abplanalp et al., 2020, S. 32).

Ein Unterschied zwischen Beratung und Psychotherapie liegt im Zielbereich. Psychotherapie konzentriert sich auf Krankheiten und psychische Störungen. Dabei steht deren Heilung im Zentrum, weshalb sich die Psychotherapie auch als Seelenheilkunde versteht. Seelisches Leiden kann sich in vielen Bereichen des menschlichen Lebens zeigen und es kann sich vielseitig äussern (Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Therapeuten [ASP], o.D.). Besteht keine Möglichkeit zur Heilung, hat die Psychotherapie das Ziel, die Klientel zu befähigen. Die Klientel soll sich den Problemen, Einschränkungen und potenziellen Herausforderungen bewusst werden. Damit gemeinsam Möglichkeiten erarbeitet werden können, um das Mindestmass an Wohlbefinden zu erreichen (Adam-Lauer, 2017, S. 758). Nach dem Heilpraktikgesetz können und dürfen verschiedene Berufsgruppen heilkundlich tätig sein (ASP, o.D.). In vielen Bereichen der Klinischen Sozialarbeit sind Sozialarbeitende therapeutisch aktiv. Die Finanzierung wird durch verschiedenste Kostenträger übernommen (Beushausen, 2014, S. 15). Dennoch muss explizit erwähnt werden, dass die Soziale Arbeit gegenüber der Medizin und der Psychotherapie ein Unterstützungsangebot bereitstellt, welches keine Heilung anstrebt, sondern eine Erweiterung der Kompetenzen in verschiedensten Bereichen beabsichtigt (Schweizerische Gesellschaft für Beratung [SGfB], o.D.). In Beratungen der Sozialen Arbeit wird besonders der lebensweltliche Kontext der Klientel analysiert. Man hat statt Heilung das Ziel, die gesamte Lebenswelt im Blick zu haben und dann in den notwendigen Bereichen Unterstützung zu leisten. Gegebenenfalls kann eine Triage notwendig sein (Abplanalp et al., 2020, S. 32–33). Stimmer und Weinhardt (2010, S. 22) konkretisieren dies folgendermassen: In der Beratung der Sozialen Arbeit sollen stark die materiellen, sozialen und ökologischen Lebensbedingungen im Fokus stehen. Dabei ist die Unterstützung bei der alltäglichen Lebensführung das Bedeutsamste. Es stehen die Perspektiven der Lebenswelt und die Bewältigung im Fokus und nicht wie in der Psychotherapie Persönlichkeits- oder Verhaltensänderungen.

Die Tiefe der Störung beeinflusst ebenfalls, ob Beratung oder Therapie für die Klientel hilfreich ist. Beratung ist sinnvoll, wenn die Person noch genügend Fähigkeiten zur Selbststeuerung hat (Beushausen, 2014, S. 17). Widulle (2020, S. 26) meint daher, dass Beratungen bei Menschen mit aktivierbaren Ressourcen gewinnbringend sind. Laut ihm sind dies Menschen, die im privaten und beruflichen normal funktionieren.

Ein weiterer Unterschied besteht bezüglich der Niederschwelligkeit. Psychotherapie ist im Gegensatz zum Anspruch der Beratung in der Sozialen Arbeit ein äusserst hochschwelliges Angebot. Sie muss zwingend durch Ärztinnen und Ärzte verordnet werden, da die Psychotherapie eng mit der Medizin

verbunden ist. Sie gehört somit zu einem anderen Versorgungssystem als demjenigen der Sozialen Arbeit (Abplanalp et al., 2020, S. 33).

Für eine Therapie wird eine längere Behandlungszeit eingerechnet als für Beratungen der Sozialen Arbeit, weil in der Therapie psychische Erkrankungen behandelt werden (Widulle, 2012). Oft dauert die ambulante Betreuung von psychisch erkrankten Menschen äusserst lange. Therapieschulen sprechen sich trotzdem immer mehr für Kurzzeittherapien aus (Beushausen, 2014, S. 18).

Der Informationsanteil einer Therapie und einer Beratung wird unterschiedlich beurteilt. In einer Beratung werden äusserst viele Informationen vermittelt. Aber auch im verhaltenstherapeutischen Kontext wird grossen Wert auf die Informationsvermittlung gelegt (Beushausen, 2014, S. 18).

Klientinnen und Klienten, die Beratungen der Sozialen Arbeit in Anspruch nehmen, sind häufiger fremdmotiviert. In der Psychotherapie werde eine deutlich grössere Eigenmotivation erwartet. Dabei wird ausser Acht gelassen, dass Motivation und Freiwilligkeit Konstrukte sind. Es muss berücksichtigt werden, dass Freiwilligkeit immer relativ ist und stark vom sozialen Kontext abhängig ist (Beushausen, 2014, S. 19).

Laut Beushausen (2014, S. 19) handelt es sich bei den Unterschieden zwischen Beratung und Psychotherapie bloss um Akzentuierungen, weil der Übergang relativ fließend ist. Für die Verfasserinnen stellt der essenziellste Unterschied die Tatsache dar, dass Psychotherapie eine Heilung anstrebt und Beratungen in der Sozialen Arbeit eine Erweiterung der Kompetenzen (ASP, o.D.).

5 Empirische Erhebung

Die Fragestellung, «*Welchen möglichen Einfluss hat die Diagnosekenntnis einer psychischen Störung der Klientel auf Sozialarbeitende in einem Beratungsgespräch?*» kann aufgrund der bestehenden Literatur nicht abschliessend beantwortet werden. Deshalb wurde eine empirische Datenerhebung durchgeführt.

5.1 Untersuchungsplan

Im Vorfeld der Datenerhebung ist der Untersuchungsplan auszuarbeiten. Der Untersuchungsplan wird durch das Ziel der Forschung bestimmt, woraus sich das Analyseverfahren ableiten lässt. Er stellt Rahmenbedingungen zur Kommunikation zwischen den Probandinnen und Probanden und den Forschenden auf, woraus die Regeln zur Erhebung abgeleitet werden (Hausser, 1982, S. 62). Im Untersuchungsplan wird zwischen der Einzelfallanalyse, der Dokumentenanalyse, der Handlungsforschung, der Feldforschung und dem qualitativen Experiment unterschieden.

In der Einzelfallanalyse wird ein Fall, meistens eine Lebensgeschichte, detailliert betrachtet und entsprechend genau analysiert. Dafür sind der Fall und das Ziel der Analyse im Vorfeld zu definieren. Als Analyseziel ist die Ausarbeitung eines Extremfalls oder eines Idealtyps denkbar (Mayring, 2016, S. 42–43).

Bei der Dokumentenanalyse werden bestehende Dokumente betrachtet und anhand der wissenschaftlichen Fragestellung analysiert und interpretiert (Mayring, 2016, S. 47). Bei den Dokumenten handelt es sich nicht ausschliesslich um Texte, sondern um alle Gegenstände, welche zur Erklärung des menschlichen Verhaltens dienen können (Atteslander, 1971, S. 53). Dies kann neben Texten oder Tonaufnahmen auch Bauten oder Werkzeuge umfassen. All diese Dokumente müssen nicht durch die Forschenden erschaffen werden, weil sie bereits bestehen, was den subjektiven Einfluss der Forschenden bei der Datenerhebung eliminiert. Bei der Interpretation der Dokumente ist die zeitliche, soziale und räumliche Nähe zur Fragestellung massgebend. Dokumentenanalysen werden vorgenommen, wenn kein direkter Zugang zu den zu befragenden Personen besteht (Mayring, 2016, S. 48–49).

Die Handlungsforschung verbindet die Forschung direkt mit der Praxis und ist eine Reaktion auf die bemängelten Differenzen zwischen der Forschung und der Praxis. Das Ziel ist, die Lösungsansätze aus der Forschung während des Projekts direkt in der Praxis zu testen (Lewin, 1982, S. 280). Die Forschenden und die Betroffenen müssen bei diesem Konzept auf Augenhöhe partizipieren können, damit ein konstruktiver Diskurs entstehen kann. Die Aufgabe der Forschenden ist, den Diskurs zu steuern und zu analysieren. Zu Beginn muss das Praxisproblem bestimmt und das Ziel der

Praxisveränderung umrissen werden (Mayring, 2019, S. 50–51). Das Ziel ist, unter Berücksichtigung des vorhandenen Wissens, Handlungsorientierung im betroffenen sozialen Feld zu schaffen (Moser, 1977, S. 12). Die Handlungsforschung bietet sich an, wenn konkrete Praxisprobleme bearbeitet werden. Als abgeschwächte Variante ist der Austausch der Forschung mit der Weiterleitung der Ergebnisse an die Praxis als Handlungsforschung zu benennen (Mayring, 2016, S. 53).

Die Feldforschung ist eine klassische Methode der Soziologie, wobei die natürliche Umgebung belassen und untersucht wird. Zur Untersuchung beobachten die Forschenden Alltagssituationen (Mayring, 2016, S. 54). Das Ziel der Feldforschung ist, die Menschen in ihrer sozialen und materiellen Umgebung ohne direkte Beeinflussung zu beobachten und das Verhalten zu analysieren (Party, 1982, S. 27). Dadurch soll eine Verzerrung der Situation vermieden werden, wodurch die Forschungsergebnisse näher an der Realität liegen. Wenn den Forschenden bewusst eine Rolle zugeordnet wird, kann das Vertrauen in die Forschenden gestärkt und das Verhalten der Probanden natürlicher werden, wodurch die Ergebnisse exakter sind. Im Anschluss an die Datenerhebung im Feld müssen die Daten ausgewertet werden, wofür eine kritische Distanz der Forschenden zum Erlebten notwendig ist (Mayring, 2016, S. 56).

Das qualitative Experiment gilt als Krone der Wissenschaft, da es die einzige Möglichkeit ist, Kausalzusammenhänge aufzudecken (Mayring, 2016, S. 58). Im qualitativen Experiment wird nach wissenschaftlichen Regeln explorativ in den zu erforschenden Gegenstand eingegriffen, um die Struktur des Objekts zu verändern (Kleining, 1986, S. 724). Die Eingriffe sollen dabei möglichst gegenstandsadäquat vorgenommen werden. Um die Auswirkung der Eingriffe zu erkennen, müssen die Forschenden die Gegenstände vor und nach dem Eingriff möglichst genau beschreiben, um die Veränderungen festzustellen. Qualitative Experimente sind sinnvoll, wenn die Beschreibung der Gegenstandsstruktur nicht möglich ist und die tatsächliche Veränderung analysiert werden sollte (Mayring, 2016, S. 60–61).

Der mögliche Einfluss der Diagnosekenntnis einer psychischen Störung der Klientel auf ein Beratungsgespräch kann mit unterschiedlichen Untersuchungsplänen bearbeitet werden. Als Einzelfallanalyse ist vorstellbar, die Beratungsgespräche vor und nach der Diagnosekenntnis der Sozialarbeitenden zu beobachten und zu analysieren. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass es sich um einzelne Beratungsgespräche handelt, welche stark durch die Prägung der Sozialarbeitenden und die strukturellen Umstände des Gesprächs geprägt sind. Der Behandlungsstand der Klientel hat bei der Einzelfallanalyse ebenfalls einen grossen Einfluss auf die Massnahmen der Sozialarbeitenden. Weil die Verfassenenden an allgemeinen Handlungsoptionen interessiert sind, wird von der Einzelfallanalyse abgesehen.

Eine Dokumentenanalyse bietet sich zur Bearbeitung dieser Fragestellung insofern an, als Beratungsgespräche mit einer Diagnosekenntnis und ohne Diagnosekenntnis ausgewertet werden können. Tonaufnahmen der Beratungsgespräche sind zur Auswertung besonders interessant, weil dabei auch Gesprächspausen oder paraverbale Veränderungen erkennbar sind. Bei Filmaufnahmen können zusätzlich nonverbale Verhalten analysiert werden. Gemäss dem Humanforschungsgesetz (2023, § 7, Abs. 1, S. 4) muss eine vom Forschungsprojekt betroffene Person hinreichend aufgeklärt werden und den Ausführungen zustimmen. Die Fragestellung muss somit den Beteiligten erläutert werden, weshalb eine Verfälschung der Ergebnisse anzunehmen ist. Die Auswertung der Dokumente ist herausfordernd, weil der Gesprächsverlauf auch von der Klientel abhängig ist und deshalb ein Beratungsgespräch zwischen den gleichen Personen vor und nach der Diagnosekenntnis einer psychischen Störung zu analysieren ist, um verwertbare Ergebnisse zu erhalten. Zusätzlich werden Beratungsgespräche nicht standardisiert aufgenommen oder gefilmt, weshalb die Beratungsgespräche mit Personen mit und ohne psychische Störung zuerst geführt werden müssten, was in der Bearbeitungszeit einer Bachelor-Thesis unrealistisch ist.

Für die Feldforschung müssen die Verfassenden an Beratungsgesprächen teilnehmen können, ohne das Verhalten der Beteiligten zu verändern, was aufgrund der Offenlegung der Fragestellung bezweifelt wird.

Ein qualitatives Experiment bedeutet bei dieser Fragestellung, dass vor einem Beratungsgespräch die Diagnosekenntnis einer psychischen Störung übermittelt oder entnommen wird. Dies ist in einem realen Beratungsgespräch mit der Klientel schlecht vorstellbar, weil dabei die Sozialarbeitenden mit Fehlinformationen bedient werden müssten. Bei einer fiktiven Fallbeschreibung ist dieser Vorgang denkbar, es muss jedoch im Vorfeld klar sein, welche Ergebnisse wie interpretiert werden und welches Vorgehen wie beurteilt wird. Weil die Ausarbeitung der Handlungsoptionen in der Zusammenarbeit mit den Interviewpartnerinnen und Interviewpartner geschehen soll, ist ein qualitatives Experiment wenig zielführend.

Bei der Handlungsforschung ist der unbestimmte Umgang mit der Diagnosekenntnis das konkrete Praxisproblem. Dafür sind im Rahmen der Arbeit Handlungsoptionen vorzuschlagen und in die Praxis einzubinden. Als abgeschwächte Variante gilt der Austausch zwischen der Forschung und der Praxis. Das Ziel dieser Bachelor-Thesis ist einerseits den Einfluss der Diagnosekenntnis aufzuzeigen und andererseits auf konkrete Handlungsmöglichkeiten hinzuweisen. Deshalb wird mit Sozialarbeitenden aus der Praxis die aktuelle und die ideale Handhabung ausgearbeitet und die theoretischen Erkenntnisse werden im Anschluss an die Fachpersonen weitergeleitet, was in der zukünftigen Praxis berücksichtigt werden sollte.

5.2 Analyseverfahren

Das Analyseverfahren kann in die Erhebung, die Aufarbeitung und in die Auswertung des Materials unterteilt werden. Bei allen drei Teilschritten gibt es unterschiedliche Vorgehensweisen, welche angewendet werden können (Mayring, 2018, S. 65). Diese werden im folgenden Abschnitt erläutert.

5.2.1 Datenerhebung

Gemäss Mayring (2016, S. 66) kann und soll in der qualitativen Forschung bei Bedarf die Datenerhebung für die Fragestellung modifiziert werden, weshalb nur Prototypen von Erhebungstechniken bestehen. Eine Datenerhebung kann auf einem Interview oder einer Beobachtung aufbauen. Für diese Arbeit werden Interviews geführt, weshalb dieses Erhebungsverfahren genauer betrachtet wird. Die Interviews können anhand von drei Kriterien unterteilt werden.

Das erste Kriterium ist die Offenheit des Interviews, welche sich auf den Freiheitsgrad der Befragten bezieht. Die Fragen können geschlossen formuliert werden, weshalb die Antworten klar vorgegeben sind, oder die Interviewenden geben ein Thema vor, wozu die Befragten ihre Gedanken frei äussern können. Zwischen diesen beiden Extremformen gibt es zahlreiche Interviewformen, welche teilweise durch Fragen geleitet werden (Mayring 2016, S. 66).

Die Strukturierung oder Standardisierung ist das zweite Kriterium zur Unterteilung der Interviews. Dabei wird selektioniert, wie viel Freiheiten die interviewende Person, während einem Gespräch hat. Dies hängt davon ab, ob die Fragen nach einem starren Katalog gestellt werden oder je nach Gesprächsverlauf auf die Situation eingegangen wird und andere Themen aufgegriffen werden (Mayring, 2016, S. 66).

Die dritte Differenzierung bezieht sich auf die Auswertung des Interviewmaterials. Es können qualitative oder quantitative Methoden zum Einsatz kommen (Mayring, 2016, S. 66). Für eine quantitative Auswertung werden viele Datensätze mit einer geringen Datenkomplexität benötigt, damit statistische Effekte erkennbar werden. Alternativ werden viele Beschreibungen oder Erklärungsansätze mit quantitativen Studien überprüft. Eine qualitative Auswertung versucht Erklärungen für auftretende Phänomene zu generieren und möchte zusätzliches Wissen erschliessen. Daraus resultieren weniger Fälle, welche aus vielseitigeren Antwortmöglichkeiten bestehen (Reichert, 2014, S. 71–72). In der qualitativen Forschung sind die Fragen offen zu formulieren, damit möglichst viele Informationen der Befragten eingeholt werden können. Deshalb unterscheiden sich die qualitativen und die quantitativen Interviews nur in ihrem Strukturierungsgrad (Mayring, 2016, S. 67).

Mayring (2016, S. 67–83) differenziert zwischen vier Erhebungsverfahren, dem problemzentrierten Interview, dem narrativen Interview, der Gruppendiskussion und der teilnehmenden Beobachtung.

Die teilnehmende Beobachtung stammt aus der Feldforschung und ermuntert zur Teilhabe am Untersuchungsgegenstand, damit die Innenperspektive erlebt werden kann. Sie ist für Bereiche geeignet, welche von aussen schwer einsehbar sind und bei denen die Einbettung in die soziale Situation massgebend ist.

Bei Gruppendiskussionen wird der Einfluss der sozialen Zusammenhänge berücksichtigt. Diese Erhebungsform ermöglicht es leichter Vorurteile und Diskriminierungsprozesse zu erfassen, weil in Gruppendiskussionen die Standpunkte bestätigt werden können. Die Zurückhaltung Extrempositionen zu äussern, kann durchbrochen werden. Dafür müssen sich die Gruppenteilnehmenden kennen und es sollten zwischen fünf und fünfzehn Mitglieder sein (Mayring, 2016, S. 77–79).

Den Befragten das Gesprächsthema vorstellen und anschliessend ihrer Erzählung zuhören. Dies ist die Kurzzusammenfassung eines narrativen Interviews. Erzählungen werden während der Sozialisation eingeübt und die Menschen erzählen sich gegenseitig die Geschehnisse mit Erzählungen. Deshalb wird davon ausgegangen, dass mit dem vorhandenen Fachwissen die Befragten erzählen können (Wiedemann, 1986, S. 24). Die Aufgabe der Interviewenden ist die Einführung in die Thematik und die Konkretisierungsfragen nach der Erzählung zu stellen. Das narrative Interview eignet sich, wenn sich die Fragestellung auf das Handeln der Befragten fokussiert und die subjektive Wahrnehmung relevant ist (Mayring, 2016, S. 72–73).

Gemäss Mayring (2016, S. 67) umfasst das problemzentrierte Interview Einzelgespräche, welche offen gestaltet werden, aber auf ein bestimmtes Thema fokussiert sind. Die Interviewenden bringen durch Fragen das Thema der Forschung immer wieder ein. Die Ausgangslage ist durch die Interviewenden bereits vor dem Gespräch zu analysieren, damit entsprechende Punkte, während dem Interview angesprochen werden können. Witzel (1982, S. 72) unterscheidet zusätzlich zwischen der Problemzentrierung, der Gegenstandsorientierung und der Prozessorientierung. Bei der Problemzentrierung wird bei einem bestimmten gesellschaftlichen Problem angesetzt. Bei der Gegenstandsorientierung wird ein spezifischer Gegenstand oder eine bestimmte Person zum Forschungsinteresse und bei der Prozessorientierung wird die Methode der Datengewinnung betrachtet.

Helfferrich (2014, S. 559) unterscheidet bei den problemzentrierten Interviews zwischen Leitfadeninterviews sowie Expertinneninterviews und Experteninterviews, wobei Expertinneninterviews und Experteninterviews eine spezifische Gruppe von Leitfadeninterviews sind. Diese werden durch den Status der Befragten definiert. Das Forschungsinteresse bezieht sich bei der Befragung von Expertinnen und Experten auf die Rekonstruktion von deren Wissen. Die Erkenntnisse können von der Person gelöst werden und können verallgemeinert werden. Als Expertinnen und Experten gelten demnach Personen, welche über ein spezifisches Rollenwissen verfügen, dieses zugeschrieben bekommen und denen deshalb eine besondere Kompetenz zugeschrieben wird

(Przyborski & Wohlraab-Sahr, 2008, S. 132). Expertinneninterviews und Experteninterviews sind mit engeren Fragen auszugestalten als andere Leitfadeninterviews, weil dadurch spezifischere Fragestellungen beantwortet werden (Helfferich, 2014, S. 571–572).

Die Verfassenden haben sich gemäss Kapitel 5.1 für die Handlungsforschung als Untersuchungsplan entschieden. Deshalb wird der Austausch mit Sozialarbeitenden aus der Praxis angestrebt. Die teilnehmende Beobachtung ist für die Feldforschung vorgesehen und deshalb nicht angebracht. Die Gruppendiskussion müsste mit einem Team von Sozialarbeitenden entstehen, wobei die zusätzlichen Informationen durch eine Gruppendiskussion angezweifelt werden. Ein narratives Interview ist denkbar, hat jedoch den Nachteil, dass spezifische Fragestellungen zu einem Thema häufig erst bei Nachfragen beantwortet werden. Weil die Problematik des Einflusses einer Diagnosekenntnis untersucht wird, ist ein problemzentriertes Interview zu führen. Helfferich (2014, S. 571) differenziert zusätzlich den Status der Befragten. Die Diagnosekenntnis von psychischen Störungen der Klientel ist im Gesundheitswesen am verbreitetsten, weshalb Sozialarbeitende aus dem Gesundheitswesen befragt werden sollten. Sie sind als Expertinnen und Experten zu betrachten. Das durchzuführende Interview wird je nach Begrifflichkeit als Expertinneninterview beziehungsweise Experteninterview oder als problemzentriertes Interview bezeichnet, wobei die Einschätzung von Expertinnen und Experten zur Problematik des Einflusses der Diagnosekenntnis der Klientel auf die Beratungsgespräche erfragt wird.

5.2.2 Datenaufbereitung

Die Datenaufbereitung ist zwischen der Datenerhebung und Auswertung. Sie muss sorgfältig vorgenommen werden, damit die Realität abgebildet wird und entsprechende Rückschlüsse gezogen werden können. Die Datenaufbereitung beinhaltet die Wahl der Darstellungsmittel, die Protokollierungstechniken und die Konstruktion beschreibender Systeme. Die geschriebene Sprache ist das häufigste Darstellungsmittel im wissenschaftlichen Diskurs. Es bestehen weitere Möglichkeiten zur Darstellung, wie beispielsweise Lebenskurven zur Verdeutlichung von biographischen Veränderungen oder Fotos und Filme zur Überbringung von emotionalen Inhalten. Wichtig ist, dass die Darstellung durch den Inhalt geleitet wird und nicht der Anspruch auf eine vielfältige Darstellung das Medium bestimmt (Mayring, 2016, S. 85–86).

Die Protokollierung ist ebenfalls ein Bestandteil der Datenaufbereitung, welche die Auswertung der Daten vorbestimmt. Die gängigen Protokollierungstechniken sind die wörtliche und die kommunikative Transkription, das zusammenfassende Protokoll, das selektive Protokoll und die Konstruktion deskriptiver Systeme (Mayring, 2016, S. 89–103).

Die wörtliche Transkription umfasst alle Wörter, wobei je nach Forschungsinteresse der Dialekt geglättet oder in die Schriftsprache angepasst werden kann, was den Text leichter lesbar macht. Sie ist für zahlreiche Auswertungsmethoden notwendig. Bei der kommunikativen Transkription werden zusätzlich Pausen, Lachen oder Betonungen durch Zeichen dargestellt, was das Gespräch noch detaillierter abbildet, aber die Lesbarkeit erschwert (Mayring, 2016, S. 89–92).

Das zusammenfassende Protokoll wird angewendet, wenn die Materialfülle bereits in der Aufbereitung reduziert werden soll, weil nicht alle Inhalte eines Interviews für die Auswertung interessieren und die Ressourcen anders eingesetzt werden können. Der methodisch kontrollierte Ablauf von Zusammenfassungen ist dafür essenziell. Die abgebildeten Inhalte dürfen nicht willkürlich entstehen, sondern müssen einheitlich abstrahiert werden. In einem zusammenfassenden Protokoll werden deutungsgleiche Wiederholungen ausgelassen, Aussagen mit übergeordneten Begriffen generalisiert, mehrere spezifische Aussagen werden mit Konstruktionen zu einer allgemeinen Aussage zusammengefasst und die überflüssigen Aussagen fallen weg. Zusätzlich werden die zentralen Aussagen selektioniert und in generellen Textbestandteilen dargestellt, damit abschliessend inhaltlich zusammenhängende Aussagen im Text gebündelt werden können (Mayring, 2016, S. 94–95).

Selektive Protokolle werden angewendet, wenn viel überflüssiges Material zur Verfügung steht. Die Auswahlkriterien müssen jedoch bereits vor der Selektion bestimmt werden, damit die Auswahl nachvollziehbar ist (Mayring, 2016, S. 97).

Die Konstruktion deskriptiver Systeme beinhaltet Anteile der Datenaufbereitung und der Datenauswertung. Es besteht aus einem beschreibenden Kategoriensystem von Klassifikationen, wodurch das bestehende Material unterschiedlichen Überschriften zugeordnet wird. Damit die Zuordnung in das Kategoriensystem möglich ist, muss es abstrakter als der ursprüngliche Inhalt sein. Verallgemeinerungen, welche in konkreten empirischen Tatbeständen beobachtbar sind, werden dargestellt. Diese Konstruktionen stehen durch ihre Verallgemeinerungen im Spannungsfeld zwischen Theorie und Empirie, wobei der Grossteil durch theoretische Vorüberlegungen festgelegt wird. Bei der Bildung der Kategorien wird zuerst der Gegenstand des deskriptiven Systems mit den Dimensionen bestimmt, welche in unterschiedliche Klassen eingeteilt werden. Anschliessend wird das beschreibende System anhand von Probeläufen angepasst, was zur Bildung von neuen Kategorien und Dimensionen führen kann. Dieser Kreislauf wird fortlaufend wiederholt, was das deskriptive System weiter verfeinert. Die Zuordnung der Aussagen zu einer Kategorie ist für die Funktion eines beschreibenden Systems massgebend (Mayring, 2016, S. 97–101).

Weil die Methode zur Aufarbeitung der vorhandenen Daten von dessen Auswertung abhängt, werden die Überlegungen und die Auswahl der Verfasserinnen nach der Erläuterung der Auswertungsverfahren festgehalten.

5.2.3 Datenauswertung

Es bestehen zahlreiche Möglichkeiten zur Datenauswertung, weshalb ausgewählte Möglichkeiten vorgestellt werden, welche für die Auswertung von Expertinneninterviews und Experteninterviews denkbar sind. In der Folge wird auf die gegenstandsbezogene Theoriebildung, die qualitative Inhaltsanalyse und die typologische Analyse eingegangen.

In der gegenstandsbezogenen Theoriebildung werden während der Erhebung Konzepte oder Theorien ausgearbeitet. Dabei wird bereits während der Datenerhebung die Auswertung erarbeitet und die Konzepte werden bei der weiteren Datenerhebung in die Fragestellungen einbezogen, wobei die Weiterentwicklung bewusst sichtbar gemacht wird. Die theoretischen Bezüge werden während der Erhebung schrittweise modifiziert und vervollständigt. Wenn die Aussagen klar sind, wird die Datenerhebung beendet. Zusätzliche zentrale Aspekte sind während der Erhebung immer zu notieren, damit sie zur Bildung von neuen Auswertungskategorien beigezogen werden können. Die Umstände der entsprechenden Situation sind ebenfalls zu notieren, damit der Kontext der Situation in die Beurteilung miteinbezogen werden kann. Bei der nächsten Erhebung in einem ähnlichen Kontext ist die bestehende Kategorie anhand des sichtbaren Verhaltens zu überprüfen (Mayring, 2016, S. 114–121).

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse werden die erhobenen Daten mit einem entwickelten Kategoriensystem analysiert, wodurch die relevanten Daten aus dem Material gefiltert werden. Das erhobene Material wird zuerst zusammengefasst, wobei die wesentlichen Inhalte zu erhalten sind. Bei unklaren Textteilen ist das Verständnis durch zusätzliche Materialien zu fördern und durch die Erläuterung auszudeuten. Durch die Strukturierung der Daten wird das Kategoriensystem für die Textanalyse anwendbar. Die Kategorisierungsdimension und das Abstraktionsniveau, also wie eine Kategorie zu bestimmen ist, müssen vor der Datenerhebung festgelegt werden. Die Kategorien werden mit der Auswertung der Daten bestimmt und überarbeitet. Bei der Bestimmung der Kategorien sind die Begrifflichkeiten durch die erhobenen Daten zu bilden. Die gebildeten Daten sind anschliessend anhand des Abstraktionsgrads und der Fragestellung zu überprüfen. Zur Beantwortung der Fragestellung kann das Kategoriensystem als theoretisches Konstrukt oder die Häufigkeit der Zuordnung innerhalb des Systems ausgewertet werden. Das Ziel ist eine systematische, theoriegeleitete Bearbeitung der Datenerhebung. (Mayring, 2016, S. 114–121).

Eine typologische Analyse ermöglicht die Datenerhebungen nach unterschiedlichen Typen zu strukturieren und die Kernaussagen anschaulicher darzustellen (Mayring, 2016, S. 130). Dieses Analyseverfahren wurde vom Soziologen Weber entwickelt, wobei Idealtypen anhand von empirischen Beobachtungen ausgearbeitet wurden (Weber, zitiert nach Gerhardt, 1991). Später wurden auch realtypische Vorgehensweisen festgehalten, wobei reale Verhaltensweisen von Personen die

Grundlage der Ausarbeitung waren. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, Extremtypen oder besonders häufige Fälle als Typen zu beschreiben. Die Typen müssen zuerst in Bezug auf die Dimension und die Kriterien ausgearbeitet und bestimmt werden. Anschliessend werden die Typologien möglichst detailliert beschrieben. Die gebildeten Typen müssen abschliessend am bestehenden Material überprüft und möglicherweise angepasst werden (Mayring, 2016, S. 130–131).

Gemäss Kapitel 5.2.1 haben sich die Verfassenden für Interviews mit Expertinnen und Experten entschieden. Weil die Datenaufbereitung durch die Datenauswertung bestimmt wird, ist zuerst auf die Datenauswertung einzugehen. Von einer typologischen Analyse wird bei dieser Fragestellung abgesehen, weil die Typenbildung meistens auf Personengruppen zielt. In der Fragestellung ist festgehalten, dass die Auswirkung der Diagnosekenntnis einer psychischen Erkrankung auf die Sozialarbeitenden untersucht wird. Eine Typenbildung wäre anhand der psychischen Erkrankungen möglich, wenn sich das Forschungsinteresse auf diese Eingrenzung konzentrieren würde, könnte auch die Fragestellung entsprechend eingegrenzt werden. Das Interesse bezieht sich aber auf die Chancen und Risiken der Diagnosekenntnis gemäss Kapitel 6, weshalb von diesen Typologien abgesehen wird. Für die Ausarbeitung der Handlungsoptionen kann eine Typenbildung ebenfalls in Betracht gezogen werden, wovon aufgrund des Interesses an allgemeinen Handlungsmöglichkeiten abgesehen wird. Die Typologisierung wäre auch durch Einschränkungen der Sozialarbeitenden nach Handlungsfeld oder Berufserfahrung möglich. Es wird jedoch bezweifelt, dass diese Bereiche die Auswirkungen der Diagnosekenntnis so stark beeinflussen, dass die Erkenntnisse anhand dieser Typologien aufzuarbeiten wären. Auf die Ausarbeitung einer idealtypischen Zusammenarbeit zwischen der Klientel und der Sozialarbeitenden wird aufgrund der Vielfältigkeit der Handlungsmöglichkeiten und den unterschiedlichen Ausgangssituationen verzichtet.

Eine gegenstandsbezogene Theorienbildung ist bei dieser Fragestellung grundsätzlich möglich. Es ist jedoch festzuhalten, dass gegenstandsbezogene Theorien meistens in der Feldforschung ausgearbeitet werden (Mayring, 2016, S. 104). Anhand von Expertinneninterviews und Experteninterviews ist die Bildung von Theorien anspruchsvoll und im Umfang einer Bachelor-Thesis schwer umsetzbar. Zusätzlich werden hohe zeitliche Ressourcen benötigt, weshalb von dieser Auswertungsmethode abgesehen wird.

Eine qualitative Inhaltsanalyse eignet sich zur Erarbeitung von Handlungsmöglichkeiten, weil die relevanten Informationen der Expertinnen und Experten als theoretische Konstrukte zusammengefasst werden können. Aufgrund der Aussagen der Expertinnen und Experten werden die Chancen und Risiken der Diagnosekenntnis ausgearbeitet. Zusätzlich werden die Handlungsoptionen aufgrund der Ergebnisse der Interviews aufgezeigt. Die Chancen und die Risiken aufgrund der Diagnosekenntnis einer psychischen Störung der Klientel werden anschliessend gruppiert und einander gegenübergestellt.

Anhand dieser Gegenüberstellung und durch die Handlungsoptionen, welche von den Expertinnen und Experten zur Abschwächung der Risiken erläutert werden, sind die konkreten Praxisempfehlungen zu strukturieren. Die Ergebnisse werden einerseits aufgrund der Häufung der Aussagen und andererseits wegen der Erschliessung von zusätzlichen Analyse- oder Handlungsoptionen als Kategorie aufgenommen. Dies dient zur Wahrung der Objektivität.

Bei einer qualitativen Inhaltsanalyse werden die Aussagen der Interviews gefiltert und anschliessend in Kategorien zusammengefasst, weshalb auf eine Transkription verzichtet wird und ein zusammenfassendes Protokoll zur Datensicherung verfasst wird. Zusätzlich wird berücksichtigt, dass bei Expertinneninterviews und Experteninterviews mögliche Sprechpausen oder die Abfolge der Aussagen für die Ergebnissicherung von sehr geringer Relevanz sind.

Zur Darstellung der Ergebnisse wurden die unterschiedlichen Varianten überprüft. Aufgrund des Grundsatzes, dass die Darstellung dem Inhalt angepasst wird und sich aufgrund der Inhalte keine andere Darstellung als die Textform aufgedrängt hat, werden die Ergebnisse als Text dargestellt.

5.3 Durchführung der Interviews

Die Verfassenenden haben den Leitfaden für die Expertinneninterviews und Experteninterviews in Einstiegsfragen, einen Hauptteil und Abschlussfragen unterteilt. Die Einstiegsfragen dienen zur Förderung des Redeflusses und sind deshalb allgemein zum Umgang mit der Diagnosekenntnis von psychischen Störungen der Klientel formuliert. Im Hauptteil werden die möglichen Unterschiede zwischen Sozialarbeitenden und die institutionellen Rahmenbedingungen erfragt und zum Abschluss erhalten die befragten Expertinnen und Experten die Möglichkeit, zusätzliche Informationen zur Fragestellung mitzuteilen.

Das Interview wurde mit sechs Fachpersonen aus vier unterschiedlichen Institutionen durchgeführt. Die befragten Personen erhielten keine Antwortvorgaben, sondern konnten diese frei beantworten. Allen Fachpersonen wurden dieselben Fragen gestellt, wobei bei kurzen Antworten Nachfragen gestellt wurden, damit die notwendigen Informationen eingeholt werden konnten.

5.4 Einbindung der Antworten in den Text

Die Antworten aus den Expertinneninterviews und Experteninterviews wurden gemäss den Ausführungen im Kapitel 5.2.2 und Kapitel 5.2.3 verarbeitet und ausgewertet. Die Expertinnen und Experten haben in den Interviews die Chancen aufgrund der Diagnosekenntnis ausdifferenziert, was zu einer Differenzierung während der Auswertung geführt hat, welche im Kapitel 6.1 ausformuliert wurden. Die Risiken wurden von den Expertinnen und Experten nicht so detailliert ausgearbeitet,

sondern mehrheitlich als mögliche Stigmatisierungstendenzen erläutert. Deshalb wurden von den Verfassenden weitere Risiken theoretisch aufgearbeitet und entsprechend differenziert.

Die Ausarbeitung der Handlungsmöglichkeiten im Kapitel 7 basiert ebenfalls auf den Auswertungen der Interviews mit den Expertinnen und Experten. Die Handlungsmöglichkeiten für die Praxis wurden somit ursprünglich von den Expertinnen und Experten angeregt. Dabei ist festzuhalten, dass keine der Fachpersonen alle Empfehlungen aufgezählt hat, sondern die Auswertung und Zusammenführung der Verfassenden notwendig war. Um die Anonymität der Expertinnen und Experten zu wahren, werden ihre Namen nicht erwähnt, sondern die Aussagen mit dem Verweis zu den entsprechenden Interviews aufgeführt.

6 Chancen und Risiken der Diagnosekenntnis

Sozialarbeitende kennen die Diagnose einer psychischen Erkrankung ihrer Klientel oder sie kennen die Diagnose nicht. Wenn sie Diagnosekenntnisse haben, hat dies Auswirkungen auf ihre Beratung, weil die Erkrankung für das Leben der Klientel meistens prägend ist. Die Diagnosekenntnis birgt Chancen, welche im Kapitel 6.1 aufgezeigt werden und Risiken, die im Kapitel 6.2 aufgegriffen werden. Das Aufzeigen der Chancen und der Risiken der Diagnosekenntnis dient zur Einschätzung, ob es sinnvoll ist, dass Sozialarbeitende die Diagnose einer psychischen Erkrankung ihrer Klientel kennen.

6.1 Chancen aufgrund der Diagnosekenntnis

Sozialarbeitende haben unterschiedliche Zugänge zu Informationen über ihre Klientel. Der direkte Zugang erfolgt in Beratungsgesprächen mit der Klientel oder durch das gemeinsame Erleben von Alltagssituationen. Dabei sind möglichst viele relevante Informationen zur Lebenslage der Klientel zu erfassen, damit den Hilfesuchenden geholfen werden kann. Es gibt indirekte Informationszugänge durch Fachpersonen von anderen Disziplinen in der interprofessionellen Zusammenarbeit oder durch Angehörige, Bekannte, andere Institutionen oder Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen. Als Vorteile durch die Diagnosekenntnis werden die Förderung der Empathie, das Fallverständnis, der Zugang zu finanziellen Mitteln und die individualisierten Hilfeleistungen nachfolgend erörtert.

6.1.1 Empathie fördern

Die Diagnose einer psychischen Erkrankung erfolgt aufgrund des Erlebens und Verhaltens der Klientel und wird durch Ärztinnen und Ärzte ausgestellt. Die Sozialarbeitenden fokussieren ihre Arbeit mit der Klientel gemäss den Interviews auf die Lebensbereiche Arbeit, Wohnen, soziales Umfeld und Finanzen (Interview 1, S. 3., Interview 3, S. 9 & Interview 4, S. 12). Somit dient die Lebenswelt der Klientel als Orientierung. Eine psychische Erkrankung beeinflusst zum Zeitpunkt der Diagnose das Erleben und Verhalten der Klientel und kann sich auf alle Lebensbereiche auswirken, welche durch die Sozialarbeitenden angesprochen und mit der Klientel bearbeitet werden (Interview 5, S. 12). Durch die Erkrankung kann das Verhalten der Klientel für das Umfeld herausfordernd sein, weshalb viel Empathie notwendig ist (Interview 3, S. 9). Das Verständnis kann aufgrund einer Diagnose gestärkt werden, weil eine scheinbar objektive Begründung für das anspruchsvolle Verhalten besteht. Dies kann auch die Empathie der Sozialarbeitenden stärken und ihnen die Arbeit mit der Klientel vereinfachen. Die Empathie der Sozialarbeitenden ist in Abwägung mit der Förderung der Autonomie der Klientel zu betrachten (Interview 3, S. 10). Beispielsweise kann eine Diagnose ein Anhaltspunkt für die Aufgabenteilung zwischen den Sozialarbeitenden und der Klientel sein, wobei aufgrund der

Autonieförderung grundsätzlich möglichst viele Aufgaben selbstständig durch die Klientel übernommen werden sollten, dem gegenüber die Fähigkeiten durch die Sozialarbeitenden einzuschätzen und einige Aufgaben verständnisvoll zu übernehmen sind (Interview 4, S. 12). Die Sozialarbeitenden können bei einer diagnostizierten Erkrankung häufiger auf mehr Verständnis von anderen Personen zählen und die Diagnose für die Klientel nutzen. Beispielsweise kann bei Gläubigern meistens ein längerer Mahnstopp erwirkt werden oder mit dem Migrationsamt aufgrund der psychischen Erkrankung eine zusätzliche Fristverlängerung ausgehandelt werden. Dabei ist allerdings darauf zu achten, dass die Klientel mit der Nennung der Erkrankung einverstanden ist und die Diagnose nur zugunsten und nicht gegen die Klientel angewendet wird (Interview 2, S. 8). Um die Vorteile für die Klientel geltend zu machen, ist die Empathie der Sozialarbeitenden notwendig, weil sonst die bestehenden Möglichkeiten nicht ausgeschöpft werden.

6.1.2 Fallverständnis

Gemäss dem Kapitel 4.1.1 ist im Fallverständnis zentral, um herauszufinden, weshalb ein Fall zum Fall wird. In der Sozialen Arbeit ist die Diagnose einer psychischen Erkrankung nicht die Ursache, weshalb ein Fall zum Fall wird. Für die Soziale Arbeit sind Herausforderungen der Betroffenen in ihrer Lebenswelt der Grund, weshalb eine Person unterstützt wird. Diese Herausforderungen können jedoch aufgrund der Symptome der psychischen Erkrankung entstehen, weshalb die Diagnosekenntnis für das Fallverständnis nützlich sein kann (Interview 3, S. 10 & Interview 6, S. 18). Zum Beispiel kann bei einer Suchterkrankung die Symptomatik der Erkrankung das soziale Umfeld beeinflussen und nach der fachlichen Einschätzung der Sozialarbeitenden ein prosoziales oder ein sozial weniger verträgliches Umfeld entstehen. Wenn die Suchterkrankung den Sozialarbeitenden nicht bekannt ist, könnte ein sozial weniger verträgliches Umfeld zu viel Unverständnis führen. Durch die Diagnosekenntnis besteht die Möglichkeit, das Verhalten der Person besser zu verstehen, weshalb mehr Verständnis und Empathie aufgebracht werden kann.

6.1.3 Zugang zu finanziellen Mitteln

Im schweizerischen System der sozialen Sicherheit bestehen unterschiedliche Leistungen. Subsidiär als letzte Unterstützungsmöglichkeit wird die Sozialhilfe ausbezahlt, welche die tiefsten finanziellen Leistungen für die Betroffenen erbringen kann. Vorrangig ist der Anspruch auf die Unterstützung durch die Sozialversicherungen zu prüfen, wobei für erkrankte Personen die Invalidenversicherung (IV) zuständig ist. Anspruch auf eine IV-Leistung besteht, wenn ein körperlicher, psychischer oder geistiger Gesundheitsschaden festgestellt wird und deshalb aus objektiver Sicht eine nicht überwindbare Erwerbsunfähigkeit besteht (AHV-IV, 2022, S. 2). Für eine Leistung der IV muss eine Diagnose vorliegen. Das Wissen über eine psychische Diagnose kann Sozialarbeitenden ermöglichen, den Anspruch einer

Leistung in Absprache mit der Klientel einzufordern und somit die Klientel finanziell abzusichern. Wenn die Sozialarbeitenden keine Kenntnis über die diagnostizierte Erkrankung haben, werden diese finanziellen Mittel nicht eingeholt. Zusätzlich zu den Leistungen der IV kann eine Diagnose einer psychischen Erkrankung den Zugang zu Fonds von gemeinnützigen Stiftungen ermöglichen (Interview 2, S. 8–9).

6.1.4 Individualisierte Unterstützung

In der Sozialen Arbeit wird versucht, der Klientel bei der Bewältigung von individuellen Krisen zu helfen und die autonome Lebensführung zu ermöglichen (AvenirSocial, 2010, S. 10). Deshalb ist in vielen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit die Hilfeleistung individualisiert, weshalb beispielsweise in der Sozialhilfe das Individualitätsprinzip gilt. Damit die Hilfestellungen auf die Klientel zugeschnitten werden können, werden Informationen benötigt, was die Lebensführung der Betroffenen beeinflusst. Eine Diagnose einer psychischen Erkrankung beeinflusst die Lebensführung der Menschen. Insbesondere in Krisensituationen besteht ein grosser Einfluss der psychischen Erkrankung in allen Lebensbereichen. Deshalb sind auch die Lebensbereiche, welche die Klientel mit den Sozialarbeitenden besprechen und nach Handlungsoptionen suchen, in solchen Situationen meistens von den Auswirkungen der psychischen Erkrankung betroffen. Das Wissen über die psychischen Erkrankungen ermöglicht das Hilfsangebot für die Klientel spezifischer zu gestalten (Interview 1, S. 3 & Interview 2, S. 10). Dies hilft der Klientel, die personalisierten Hilfsangebote anzunehmen, weil sie auf ihr Leben zugeschnitten sind und für ihre Lebensführung hilfreich sein sollte. Die individualisierte Unterstützung zeigt sich beispielsweise in der Erarbeitung von weiteren Hilfsangeboten, wie beispielsweise beim Errichten einer Beistandschaft oder in einem freiwilligen Beratungsangebot (Interview 1, S. 3). Wenn jemand beispielsweise an einer Depression leidet und deshalb am Morgen wenig Antrieb für die Bewältigung der Tagesaufgaben besteht, können die Gespräche am Nachmittag geplant werden und müssen nicht am Morgen stattfinden, wofür die Sensibilität ohne die Diagnosekenntnis fehlen könnte (Interview 2, S. 6 & Interview 2, S. 12).

6.2 Risiken aufgrund der Diagnosekenntnis

Nachfolgend wird auf mögliche Gefahren in der Zusammenarbeit mit der Klientel hingewiesen, wenn die Diagnosekenntnis über eine psychische Erkrankung besteht. Als erstes wird die Stigmatisierung, einem Klassiker der Soziologie, aufgegriffen. Anschliessend folgt der Labeling Approach, ebenfalls aus soziologischer Denkrichtung. Folgend werden vier Phänomene aus der Psychologie aufgegriffen, zum einen der Pygmalion-Effekt, auch Rosenthal-Effekt genannt und der Halo-Effekt. Zum anderen die Übertragung – Gegenübertragung nach dem Psychologen Freud und abschliessend die Selbsterfüllende

Prophezeiung. Diese werden beschrieben, weil sie in der Interaktion mit der Klientel und somit auch während eines Beratungsgesprächs, auftreten können. Es besteht die Gefahr, dass einige dieser Effekte die Sozialarbeitenden während einem Beratungsgespräch beeinflussen.

6.2.1 Stigmatisierung

Einst verwendeten die Griechen den Begriff «Stigma» für körperliche Zeichen, die etwas Ungewöhnliches oder Schlechtes über den moralischen Zustand der Zeichentragenden enthüllen sollten. Anschliessend wurden besonders an öffentlichen Plätzen diese Zeichentragenden gemieden. In christlichen Zeiten wurden noch zwei metaphorische Inhalte hinzugefügt. Es nahmen sich im Anschluss lange Zeit keine Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler dem Begriff an und lieferten eine konkrete Definition. Goffman nahm sich daher dieser Aufgabe an und kreierte eine Definition. Er meint, die Gesellschaft schafft Mittel zur Kategorisierung von Personen. Sie kreierte ganze Sätze an Attributen, also Wesensmerkmale die man für Mitgliederinnen und Mitglieder jeder dieser Kategorien als gewöhnlich und natürlich empfindet. Es entstehen schlussendlich Annahmen darüber, was unser Gegenüber sein sollte. Eine uns fremde gegenüberstehende Person kann eine Eigenschaft besitzen, die sie von der ihr zur Verfügung stehenden Kategorie unterscheidet und diese Eigenschaft kann von weniger wünschenswerter Art sein. In unserer Vorstellung wird die Person von einer herkömmlichen Person zu einer befleckten und beeinträchtigten herabgemindert (Goffman, 1967, S. 4–5). Die Person besitzt also ein Merkmal, das bewirkt, dass wir uns dann von ihr abwenden, wodurch schliesslich der Anspruch, den seine weiteren Eigenschaften an uns stellen, klar gebrochen wird. Somit ist sie in unerwünschter Weise anders als wir es antizipiert hatten. «Normale» nennt Goffman diejenigen, die von den in Frage stehenden Erwartungen nicht negativ abweichen (S. 13).

Goffman (1967, S. 12–13) unterscheidet drei unterschiedliche Typen von Stigma. Zum einen nennt er Abscheulichkeiten des Körpers. Darunter versteht er unterschiedliche physische Deformationen. Weiter gibt es individuelle Charakterfehler. Beispiele hierfür wären Willensschwäche, beherrschende oder unnatürliche Leidenschaften, starre Standpunkte und Unehrenhaftigkeit. Hierzu zählen beispielsweise Sucht, Homosexualität und Geistesverwirrung. Phylogenetische Stigmata von Rasse, Nation und Religion bilden laut ihm den Abschluss.

Laut Angermeyer et al. (2014, S. 61) sind viele soziale Gruppen wie beispielsweise ethnische Minderheiten, Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung oder Menschen mit chronischen Erkrankungen von Stigmatisierung betroffen. Obwohl weltweit viele Menschen an einer psychischen Störung leiden, zählen Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu den am stärksten stigmatisierten Personengruppen. Damit einher geht Diskriminierung auf verschiedenen Ebenen, Ausgrenzung und Ablehnung (Huber et al., 2015, S. 4). Dabei findet die Ausgrenzung nicht

ausschliesslich in offener Ablehnung und Benachteiligung statt, sondern sogar verdeckt und schleichend. Einige unterschiedliche Ebenen auf welcher Stigmatisierung stattfindet: Im Rahmen zwischenmenschlicher Beziehungen, am Arbeitsplatz, in der Politik, von privaten Versicherungsanbieter oder schon nur durch diskriminierende Darstellung psychisch Erkrankter Menschen in den Medien (Aktionsbündnis Seelische Gesundheit, o.D.). Negative Einstellungen, Stereotype und Vorurteile sind diesbezüglich unbestritten weit verbreitet. Häufig sind sogar Angehörige von psychisch Erkrankten von Stigmatisierung mitbetroffen (Huber et al., 2015, S. 4).

Zweifel an den eigenen Fähigkeiten und Selbstabwertung können von erkrankten Personen leicht in die eigene Identität integriert werden, was Selbststigmatisierung genannt wird (Neubauer & Pauge, 2020, S. 27). Es kommt zu einer Internalisierung öffentlicher Vorurteile (Teigeler, 2022, S.17). Weitere Folgen von Selbststigmatisierung können der Verlust von sozialen Netzwerken, Statusverlust, Minderung der eigenen Lebensqualität sowie Invalidität sein (BAG, 2015, S. 18). Rüschi (Teigeler, 2022, S. 17–18) nennt Selbststigma auch als Risikofaktor für Suizidalität. Hat eine Person neben der psychischen Erkrankung weitere zusätzliche stigmatisierte Eigenschaften, besteht die Möglichkeit, dass es zu einer gegenseitigen Verstärkung kommt. Beispiele hier wären Arbeitslosigkeit oder körperliche Erkrankung. Es entsteht eine Negativschleife, aus der es die erkrankte Person nur schwer herauschaffen kann.

Die eigene Identität zu bewahren und vor allem schützen ist ein tiefgreifendes Bedürfnis der Menschen (Neubauer & Pauge, 2020, S. 27). So wird ersichtlich, dass die Auseinandersetzung mit dem Stigma «psychische Erkrankung» von ausgesprochen grosser Wichtigkeit ist. Professionelle sollten Stigmatisierung von psychisch erkrankten Personen keinesfalls als Bagatelle abtun. Stattdessen sollten sie diese als Erschütterung und einen möglichen Sinnverlust wahrnehmen, der wiederum zu Desorientierung und Angst führen kann (S. 30).

Laut Huber et al. (2015, S. 9) beeinflussen verschiedene Faktoren, unter anderem von welcher psychischen Störung die Personen betroffen sind, das Ausmass an Stigmatisierung. Personen mit Substanzmissbrauch- und Abhängigkeitserkrankungen sind beispielsweise höheren Stigmatisierungstendenzen ausgesetzt als Personen mit einer Schizophrenie. Am wenigsten von Stigmatisierung betroffen sind Personen mit einer Depression oder einer Angststörung. Etikettierungen finden bei psychisch erkrankten Personen oft aufgrund einer psychiatrischen Behandlung statt. Es kommt je nach Art von psychiatrischer Behandlung zu einer unterschiedlich intensiven Stigmatisierung. Psychiatrische Stationen, welche einem Allgemeinkrankenhaus angeschlossen sind, führen zu weniger Stigmatisierung wie psychiatrische Kliniken. Hier ist ein wichtiger Faktor, dass bei einem Allgemeinkrankenhaus eine geringere Unterscheidbarkeit von psychiatrischen und anderen Patienten besteht.

Ein grosses Problem, das durch die Stigmatisierung entsteht, ist die Resignation von psychisch erkrankten Personen, weil ihnen gar keine positive Veränderung zugetraut wird. Beispielsweise werden

sie, statt in einer sinnvollen Arbeit unterstützt, über Jahre hinweg in geschützten Arbeitsplätzen eingesetzt. Weiter werden vermehrt Dosierungen von Psychopharmaka von Erkrankten nicht gesenkt aufgrund des Sicherheitsbedürfnisses der Umgebung. Jegliche Risiken sollen vermieden werden (Huber et al., 2015, S. 13).

Möchten sich Personen schützen, die von Stigmatisierung betroffen sind, müssen sie ihren eigenen Weg finden, mit dem Stigma umzugehen. Zum Eigenschutz sollten die Betroffenen bewusst mit Informationen zu ihrer psychischen Erkrankung umgehen. Die Offenlegung birgt Risiken, welche vor der Weitergabe der Informationen abzuschätzen sind. Die Betroffenen sollten kontextabhängig entscheiden, wieviel sie wem erzählen möchten. Ebenfalls ist die eigene Vulnerabilität von Bedeutung. Hier sollten sich die betroffenen Personen die Frage stellen, wieviel es ihnen ausmacht, wenn jemand beispielsweise unangebrachte Kommentare äussert (Teigeler, 2022, S. 18).

Die Antistigma-Forschung im Bereich seelische Erkrankungen ist noch nicht sonderlich beforscht. Bei anderen Minderheitsgruppen ist diese Forschung schon deutlich fortgeschrittener. Trotzdem hat man Wirkfaktoren zur Reduktion der Stigmatisierung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung festlegen können (Ahrens et al., 2010, S. 10). Gemäss Corrigan und O`Shaughnessy (2007, S. 92–94) ist beispielsweise nützlich, wenn öffentliche Proteste gegen falsche und diskriminierende Darstellungen von psychischen Erkrankungen gemacht werden. Es ist wichtig, dass den Medien bewusst gemacht wird, dass sie keine ungenauen Darstellungen von psychischen Erkrankungen verbreiten sollten. Weiter ist Aufklärung von grosser Bedeutung, welche durch die Vermittlung von Wissen über die psychischen Störungen geschieht. Es können beispielsweise die Ursachen mithilfe von Erklärungsmodellen vermittelt werden. Schlussendlich werden damit Mythen mit Fakten widerlegt und beseitigt. Die effektivste Methode zur Reduktion der Stigmatisierung ist der Kontakt mit Betroffenen. Es kommt so zu stärkeren Einstellungsänderungen, welche über die Zeit erhalten bleiben.

Es wurde klar dargestellt, wieso Stigmatisierung auch als zweite Krankheit gilt. Diese zweite Krankheit ist wichtig zu thematisieren, wenn es um psychische Gesundheit geht. Oft hindert sie nicht nur den Heilungsprozess, sondern sie verunmöglicht in vielen Fällen eine frühzeitige Diagnose und Behandlung der Erkrankung. Die Betroffenen möchten die Diagnose «psychisch krank» vermeiden (Aktionsbündnis Seelische Gesundheit, o.D.). Da die Folgen von Stigmatisierung und Selbststigmatisierung weitreichend und verheerend sind, muss zwingend darauf geachtet werden, dass Fachpersonen der Sozialen Arbeit psychisch erkrankte Klientinnen und Klienten, sei es unbewusst oder unbeabsichtigt, nicht stigmatisieren.

6.2.2 Labeling-Approach

Der Etikettierungsansatz, englisch Labeling Approach, stellt ein kriminalsoziologischer Ansatz dar, welcher seinen Ursprung in den 1970er Jahren findet (Stehr, 2016, S. 19). Er hat noch weitere Namen wie Stigmatisierungstheorie, Definitionsansatz oder sozialer Reaktionsansatz. Als Gründer dieses Ansatzes gilt Tannenbaum, weiterentwickelt wurde er allerdings von Lemert (Müller, 2011, S. 171–172). Er nimmt eine kritische Perspektive auf die Begriffe «Normalität» und «Abweichung» ein (Stehr, 2016, S. 192). Dabei besteht die Annahme, dass die Trennung von Normalität und Abweichung bloss soziale Konstruktionen sind. In diesen Konstruktionen werden gemäss dem Ansatz Menschen und ihren Handlungen Etiketten zugeschrieben. Diese Etikettierung erfolgt nicht willkürlich, sondern sie variiert mit der Position der Person in der sozialen Struktur (Sack, 1968, zitiert nach Stehr, 2016). Das «Label» meint in diesem Fall die negative Bewertung. Die Abweichung entsteht hierdurch und nicht etwa durch das physische Verhalten selbst (Spektrum, o.D.).

Lemert machte eine Unterscheidung zwischen primärer und sekundärer Devianz. Je nach sozialem Kontext und nach einer unabhängig vom expliziten Verhalten schon vorhandener Orientierung, wird das Verhalten als abweichend definiert. Die Person, die dieses Verhalten zeigt, wird einsortiert. Sie erhält die Rolle des Devianten. Zeigen die anderen Personen dann ablehnende oder «helfende» Reaktionen, muss sich die betroffene Person mit dieser zugeschriebenen Rolle auseinandersetzen, ihr Leben wird von aussen schliesslich als «Devianter» definiert und ihre Lebensäusserungen ab sofort um diese Tatsache herum interpretiert. Lemert definierte zusätzlich die Stufe der sekundären Devianz. Auf dieser wird die fremde Zuschreibung zu einer tatsächlich echten Ursache von abweichendem Verhalten. Die als Abweichlerin oder Abweichler definierte Person unternimmt dann Handlungen im Sinne der zugeschriebenen Rolle (Müller, 2011, S. 173–174).

So wird in der Kriminologie oft folgendes gesagt: Wird eine Straftat begangen, bestehen unterschiedliche Definitionen dieses Aktes. Die Gesellschaft definiert aufgrund der unterschiedlichen Werte die Tat auf eine Art als die jungen Delinquierenden. Durch eine sogenannte «Dramatisierung des Bösen» geschieht die gesellschaftliche Etikettierung des Akts und verschiebt sich auf den agierenden Menschen. Die Person, welche die Tat vollzogen hat, wird selbst zum Bösen und daher künftig basierend auf diesem Etikett beurteilt. Das erste Etikett wird am essenziellsten bewertet. Dieses verstärkt sich deutlich in der Interaktion mit anderen. So ist der Prozess der Herstellung einer kriminellen Person ein Prozess des Etikettierens, Definierens und Ausgrenzens. Dieser Prozess wird zu einer Stimulation und Bestärkung der Eigenschaften, gegen die man sich wendet. Zusammengefasst, der junge Delinquent wird böse, weil er als böse definiert wird (Müller, 2011, S. 172). Wie vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (2012, S. 11) beschrieben, kann der Labeling-Approach, wie oben dargestellt, auch auf Personen mit einer psychischen Störung angewendet

werden. Eine Person erhält eine Diagnose. Es kommt also zu einer Etikettierung. Die erkrankte Person verliert den Status als Normalbürgerinnen und Normalbürger. Sie wird sozial degradiert, entmündigt oder gar entwürdigt. Schlussendlich verhält sich die diagnostizierte Person absolut diagnosekonform.

Durch Reaktionen auf Abweichungen von der Norm werden die Grenzen des tolerierbaren Verhaltens in das Bewusstsein der Gesellschaft gerufen. Somit wird die Norm geklärt. Durch Abweichung wird nicht der Zusammenhalt der Gesellschaft unterstützt. Es erhalten aber besonders die herrschenden Gruppen und gesellschaftlichen Institutionen mit Abweichungskategorien Mittel, die dafür sorgen, dass die unterprivilegierten Gruppen immer als abweichend oder aussenstehend eingestuft werden (Stehr, 2013, S. 196).

Gemäss Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (2012, S. 11) sollten psychische Störungen nicht allein mit Labeling-Folgen erklärt werden. Dies, weil der Labeling-Approach aus heutiger Sicht keinen Beitrag zur Erklärung von Primärursachen psychischer Störungen leistet. Trotzdem ist der Ansatz von grosser Bedeutung, weil damit das Verständnis für den Verlauf von psychischen Störungen bzw. soziale Karrieren von Personen mit einer psychischen Störung gefördert werden kann.

6.2.3 Pygmalion-Effekt

Der Pygmalion-Effekt, auch Rosenthal-Effekt genannt, stellt ein psychologisches Phänomen dar (Wenski, 2022, S. 39). Untersucht wurde dieser in den 1960er Jahren von Rosenthal (Stapel 2022).

Rosenthal wählte in einer Klasse zwei Grundschülerinnen oder Grundschüler die er gewöhnlich unterrichtete aus und suggerierte ihnen, dass diese ihr Potenzial noch nicht ausgeschöpft hätten. Es sei bei diesen Kindern noch eine deutliche Leistungssteigerung zu erwarten. Rosenthal erfasste Schulnoten und liess die Kinder zu Beginn des Schuljahres sowie am Ende Intelligenztests durchführen. Es kam bei den Kindern zu einer deutlichen Leistungssteigerung. Doch wie ist es möglich, dass die Kinder Extrapunkte hatten? Folgende drei Punkte waren für den Unterschied massgeblich: Der erste Mechanismus ist Wärme. Die Lehrkräfte behandelten die Kinder, in welchen anscheinend noch ungenutztes Potenzial steckte, mit viel mehr Wärme. Sie lächelten sie häufiger freundlich an, sagen mehr ihren Namen und gestalteten die Interaktionen mit ihnen massgeblich positiver. Der zweite Mechanismus war die Gelegenheit zur Leistungsdemonstration. Die erwähnten Kinder wurden von den Lehrpersonen deutlich mehr im Unterricht aufgerufen. Dies gab den Kindern das Gefühl, dass ihre eigene Stimme einen Platz im Raum bekommt. Weiter wurden diejenigen Kinder mit hinreichend schwierigen Aufgaben eingedeckt, mit welchen die Kinder angemessen gefordert wurden. Der letzte Mechanismus stellte das Geben von unmittelbarem und klarem Feedback dar. Schliesslich weiss man,

dass umso spezifischer eine Rückmeldung ist, desto mehr kann ein Kind daraus lernen. Wird seine Leistung kritisiert, fühlt es sich weniger als Person angegriffen, sondern es hat das Gefühl, dass bloss eine Leistung kommentiert wird (Wenski, 2022, S. 32–33).

Damit wurde also von ihnen herausgefunden, dass eine vorweggenommene Einschätzung sich so stark auf die Leistungen einer Zielperson auswirkt, dass sie sich schlussendlich tatsächlich bestätigt (Wenski, 2022, S. 39). Heisst, Erwartungen anderer Menschen beeinflusst massgeblich das eigene Verhalten sowie die Leistung. Dies kann positiv als auch negative Auswirkungen haben. Vom positiven Pygmalion-Effekt spricht man, wenn in einem persönlichen Verhältnis eine positive Wahrnehmung sowie der Glaube an die eigene Person vermittelt wird. Dies fördert zum einen die Beziehung zwischen den beiden Personen und zum anderen wird die Entwicklung dieses Menschen gefördert. Werden einer Person Kompetenzen abgesprochen, findet das Gegenteil statt. Dies nennt sich dann der negative Pygmalion-Effekt (Stapel, 2022). Folgend ein Beispiel: Eine Fachperson der Sozialen Arbeit, die auf dem Sozialdienst tätig ist, äussert gegenüber einer Klientin oder einem Klient Bedenken, dass die Person eine Arbeitsstelle im ersten Arbeitsmarkt finden wird. Die Klientin oder der Klient findet im Anschluss keine Arbeit im ersten Arbeitsmarkt.

Laut Stapel (2022) unterscheidet sich der Pygmalioneffekt von der selbsterfüllenden Prophezeiung darin, dass beim Pygmalion-Effekt der Einfluss von aussen kommt. Es sind die Erwartungen anderer Personen relevant. Bei der selbsterfüllenden Prophezeiung kommt der Einfluss von innen.

Gemäss Erb (Sozialpsychologie mit Prof. Erb, 2018) ist es äusserst schwierig, im Alltag gegen den Pygmalion-Effekt anzukämpfen, weil der Mensch automatisch Stereotype aufruft. Um dagegen einzuwirken, sollte man sich bewusst machen, dass man sich nicht beeinflussen lassen möchte. Ganz vermieden kann der Effekt aber auch so nicht.

6.2.4 Halo-Effekt

Die Bezeichnung Halo-Effekt stammt von der Metapher des ringförmigen Heiligenscheins, in Englisch Halo. Dabei überstrahlt eine positive Eigenschaft einer Person alle Herausforderungen im Zusammenleben (Jünger & Schaeffer, 2022, S. 198). Walker und Vul (2014, S. 234) konnten den Halo-Effekt in fünf Experimenten empirisch nachweisen.

Menschen begegnen in ihrem Leben täglich anderen Personen. Um das Leben zu vereinfachen und evolutionstheoretisch die Überlebenschancen zu erhöhen, werden Einschätzungsprozesse vorgenommen, welche soziale Wahrnehmung genannt werden. Bei der sozialen Wahrnehmung werden die bestehenden Informationen zum Gegenüber kombiniert und interpretiert (Greenberg & Baron, 2000, S. 267). Bei einer ersten Begegnung mit einem Menschen ist der erste Eindruck massgebend für diesen Prozess. Der erste Eindruck basiert hauptsächlich auf äusserlichen Merkmalen

und geschieht meistens unbewusst. Aus diesem Eindruck wird eine erste Einschätzung über das Gegenüber gemacht und entsprechende Merkmale werden zugeschrieben (Denzler et al., 2020, S. 141–142). Diese erste Wahrnehmung prägt das Urteil zur Person in allen Bereichen. Die Beurteilung wird «First Impression Error» genannt, weil aufgrund des ersten Eindrucks insbesondere durch das Aussehen und das Verhalten des Gegenübers auf Eigenschaften dieser Person geschlossen wird, welche nicht gesichert sind (Callender et al., 1994, S. 662). Je positiver eine Person aufgrund einer Eigenschaft wahrgenommen wird, desto stärker wird diese Eigenschaft auf andere Merkmale übertragen. Diese Überstrahlung der übrigen Eigenschaften wird Halo-Effekt genannt. Falls einmal ein positiver Eindruck von jemandem besteht, neigen wir dazu, dieser Person auch in anderen Bereichen positive Eigenschaften zuzuschreiben. Gemäss Denzler et al. (2020, S. 141). besteht der Halo-Effekt, weil wir dazu neigen, eine Person in ihrer Gesamtheit zu beurteilen. Deshalb wird zur Beurteilung von einzelnen Aspekten der Gesamteindruck beigezogen, um die Beurteilung damit zu vereinfachen. Dies steigert die Handlungsfähigkeit, weil es unmöglich ist, alle Einzelheiten einer Person bereits beim Kennenlernen zu erfassen. Es besteht jedoch die Gefahr, dass Fehlbeurteilungen resultieren. Diese Gefahr ist besonders hoch, wenn zwei unterschiedliche Aspekte, wie beispielsweise die Körpergrösse und die Intelligenz, unabhängig voneinander sind, aber zu einer Beurteilung führen. Der Halo-Effekt wird zusätzlich verstärkt, wenn ein oberflächlicher Kontakt, jedoch kein vertieftes Kennenlernen besteht. Der Halo-Effekt ist sowohl auf positive wie auf herausfordernde Eigenschaften anwendbar.

Die Diagnosekenntnis einer psychischen Erkrankung kann den Halo-Effekt auf Sozialarbeitende auslösen. Die Gefahr scheint besonders ausgeprägt, wenn die Diagnose bereits sehr früh im Kennenlernprozess bekannt ist, weil zu diesem Zeitpunkt wenig andere Eindrücke bestehen, welche den Gesamteindruck beeinflussen. Zum Beispiel können bei einer Fallübergabe wenig Informationen zur Klientel bestehen, es wird jedoch auf diagnostizierte psychische Erkrankungen verwiesen. Zusätzlich zur Diagnose sind die Eltern und die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber bekannt, aber es bestehen keine Informationen zum Verhalten der Klientel. Bei solchen Fallübergaben ist die Gefahr gross, dass die psychischen Erkrankungen alle zusätzlichen Informationen überstrahlen und den ersten Eindruck der Klientel stark prägen.

Dem Halo-Effekt könnte in diesem Beispiel mit einer kritischen Reflexion der Vorkenntnisse und mit einer intensiven Beziehungsarbeit entgegengewirkt werden. Durch die Beziehungsarbeit und das entsprechend bessere Kennenlernen der Klientel haben die Sozialarbeitenden die Möglichkeit weitere Eigenschaften wahrzunehmen und die bestehende Wahrnehmung der Klientel anzupassen.

6.2.5 Übertragung- Gegenübertragung

Die Begriffe Übertragung und Gegenübertragung wurden von Freud während der Erarbeitung der Psychoanalyse geprägt. Beide Begriffe sind voneinander abhängig und deshalb gemeinsam zu betrachten (Herold & Weiss, 2008, S. 799). Weil die Psychoanalyse für Therapeutinnen und Therapeuten erarbeitet wurde, werden bei der Erläuterung des Konzepts die Begriffe Therapeutinnen und Therapeuten sowie Patientinnen und Patienten verwendet.

Zur Erläuterung wird mit der Vorstellung der Übertragung begonnen. Übertragung kann in einer Therapie, Beratung oder einer Alltagsbegegnung bei einer Interaktion zwischen mindestens zwei Menschen geschehen. Übertragung umfasst jedoch nicht alle Kommunikation, sie wird durch die Wiederholung der Vergangenheit in der Gegenwart und die Verzerrung der Realität bestimmt (Herold & Weiss, 2008, S. 800).

Die Übertragung ist ein dynamisches Konzept, welches aus dem Verhältnis zwischen zwei Personen entsteht. In der ursprünglichen Entwicklung von Freud wurde die Übertragung als Analyse von der Beziehung zwischen den Patientinnen und Patienten und den Therapeutinnen und Therapeuten abgekoppelt. Dies ist auf die naturwissenschaftliche und gesellschaftliche Kritik an der Psychoanalyse um 1900 zurückzuführen, wobei die Relevanz der Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker auf ihren Therapieerfolg nicht anerkannt worden wäre (Herold & Weiss, 2008, S. 800).

Freud (1905, S. 194) stellt das Konzept der Übertragung erstmals im Nachwort zur Krankengeschichte der «Dora» vor. Dabei wird festgehalten, dass die Therapeutin oder der Therapeut als charakteristischer Ersatz einer früheren Bezugsperson der Patientin oder des Patienten, bei ihnen Fantasie und Regungen auslöst. Falls die Übertragung berechenbar und den Patientinnen und Patienten erklärbar wird, ist sie kein Hindernis, sondern ein Hilfsmittel in der Psychoanalyse, weil die Gefühle der Patientinnen und Patienten zum Ausdruck gebracht werden. Freud leitet daraus ab, dass sich Therapeutinnen und Therapeuten möglichst neutral zeigen sollten und nur das gezeigte Verhalten der Patientinnen und Patienten spiegeln sollen. Dadurch kann ihnen aufgezeigt werden, dass sie bereits durchlebtes wiederholen und dies in Erinnerungen verwandeln sollten (1912, S. 380–384).

Das Modell der Übertragung wurde nach Freud von anderen Theoretikerinnen und Theoretikern analysiert und weiter ausgearbeitet. Herold und Weiss (2008, S. 803–808) unterscheiden zwischen dem intrapsychischen Paradigma, dem intersubjektiven Paradigma und dem sozial-konstruktiven Paradigma.

Das intrapsychische Paradigma bezieht sich ursprünglich auf die Patientinnen und Patienten und deren innerpsychischen Prozesse. Dass die Patientinnen und Patienten Erfahrungen oder Erwartungen aus der Vergangenheit auf die Therapeutin oder den Therapeuten übertragen, ist heute implizit anerkannt, weil die Beziehungsgestaltung als wichtig beurteilt wird. Das Konzept von einem Arbeitsbündnis wurde

von Greenson (1965, S. 161–165) entwickelt und stützt sich ebenfalls auf die Übertragung, weil für ein tragfähiges Arbeitsbündnis die Offenheit der Patientinnen und Patienten bestehen muss, ihre Vergangenheit aufzuarbeiten und den Fachpersonen die Gefühle anzuvertrauen. Beim intrapsychischen Paradigma mit der entsprechenden Weiterentwicklung ist somit erkennbar, dass die Trennung nach Freud von Beziehung und Übertragung nicht schlüssig war (Herold & Weiss, 2008, S. 804).

Beim intersubjektiven Paradigma werden die Deutungsprozesse der Übertragung durch die Fachperson betrachtet. Gemäss Freud können die Therapeutinnen und Therapeuten in der Psychoanalyse die Vergangenheit aufleben lassen (Herold & Weiss, 2008, S. 804). Thomä (1983, S. 18) wechselte den Fokus von der Vergangenheit auf die therapeutische Wirkung im aktuellen Erleben der Patientin und des Patienten. Daraus resultierten die Zweifel, dass die Fachperson keinen Einfluss auf die Übertragungen der Patientinnen und Patienten haben kann, sondern die Übertragung unbewusst bei den Patientinnen und Patienten geschieht. Klein (1952, S. 437) unterstützte diese Hypothese, indem er festhielt, dass die Übertragung von allen Gefühlsregungen der Patientinnen und Patienten abhängig ist und somit von einer komplexen Ausgangssituation auszugehen ist, welche nicht ausschliesslich auf die Zusammenarbeit zurückzuführen ist. Zusätzlich sind die präsentierten Beziehungserfahrungen der Patientinnen und Patienten, ihre Ressourcen und Herausforderungen massgebend für die Analyse der Übertragungseffekte. Dabei ist der Anteil der Therapeutinnen und Therapeuten von demjenigen der Patientinnen und Patienten zu unterscheiden und die gegenseitige Beeinflussung zu berücksichtigen. Dadurch wird der Anspruch an die Fachperson ein Spiegel zu sein, in die kritische Reflexion der eigenen Beeinflussung des Gesprächs umgewandelt. In den 1980er Jahren wurde die Analyse der Übertragung in der Praxis nicht mehr auf die Vergangenheit, sondern auf die Gegenwart bezogen (Herold & Weiss, 2008, S. 807).

Das sozial-konstruktive Paradigma der Übertragung wurde von Gill (1984, S. 489–523) ausgearbeitet. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Patientin oder der Patient aufgrund des Wiederholungszwangs ihre Beziehungsgestaltung im professionellen Setting analog der privaten Beziehungsgestaltung anwenden. Daraus lassen sich plausible Hypothesen für die Gründe der erlebten Beziehungserfahrungen ausarbeiten. Bei diesem Paradigma wird nicht davon ausgegangen, ob eine Übertragung stattfindet oder nicht, sondern zwischen pathologischer und nichtpathologischer Übertragung unterschieden. Die pathologischen Übertragungen beinhalten spezifische Verhaltensweisen in der Therapie und nichtpathologische Übertragungen zeigen das Alltagsverhalten der Patientinnen und Patienten.

Gemäss Herold und Weiss (2008, S. 808–809) ist das Konzept der Übertragung nach Freud die Grundlage unzähliger Debatten zum Verständnis der Lebensgeschichten der Individuen und der

Beziehungsgestaltung zwischen Therapeutinnen und Therapeuten sowie Patientinnen und Patienten. Der Einfluss und die Wichtigkeit davon sind theoretisch nicht angezweifelt, jedoch empirisch nur schlecht nachgewiesen.

Bei der Gegenübertragung sind typischerweise die unbewussten Kommunikationsanteile der Therapeutinnen und Therapeuten zentral, im Gegensatz zur Übertragung, wo die unbewussten Kommunikationsanteile der Patientinnen und Patienten betrachtet werden. Das Verhalten der Therapeutin oder des Therapeuten kann je nach Patientin oder Patienten unterschiedlich sein, was an den Stimmungen, Verhaltensweisen oder der Einstellung erkennbar ist. Die Gegenübertragung kann eine indirekte Reaktion auf die Übertragungen der Patientinnen und Patienten sein oder direkt durch die Therapeutinnen und Therapeuten ausgelöst werden (Herold & Weiss, 2008, S. 810).

Freud (1913, S. 144) hatte der Gegenübertragung klar weniger Aufmerksamkeit geschenkt als der Übertragung und bewertete sie stets negativ. Aus seiner Perspektive mussten Therapeutinnen und Therapeuten die eigenen Widerstände und Komplexe und somit die Gegenübertragung überwinden. Für den Anspruch der Wissenschaftlichkeit war die Gegenübertragung hinderlich, weil die Abhängigkeit von den Therapeutinnen und Therapeuten offenbart wird. Trotzdem empfahl Freud allen Therapeutinnen und Therapeuten die Selbstanalyse bei anderen Therapeutinnen und Therapeuten, weil das Wissen über die eigene Lebensgestaltung zu lückenhaft gewesen sei (Ermann, 2008, S. 235). Deutsch (1926, S. 423) entwickelte das Verständnis zur Gegenübertragung weiter und bezeichnete zwei Arten: Die Komplementäreinstellung der Therapeutinnen und Therapeuten gegenüber den Übertragungsangeboten und die Identifikation der Therapeutinnen und Therapeuten mit den kindlich gebliebenen Patientinnen und Patienten. Dabei nennt Deutsch nicht die Gegenübertragung als Hindernis einer professionellen Therapie, sondern der Verweigerung der Therapeutinnen und Therapeuten sich zu verändern, weil dadurch die Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt werden. Heimann (1950, S. 81–84) hat die Gegenübertragung als erste als Gegenstück der Übertragung betrachtet. Daraus ist der Diskurs entstanden, wo die Grenzen der Übertragung und der Gegenübertragung sind. Es wurde festgestellt, dass nicht nur das Unbewusste, sondern auch das reale Verhalten der Beteiligten einen Einfluss auf die Therapiegestaltung hat. Woher die Einflussfaktoren für die Beziehungsgestaltung stammen, bewusst oder unterbewusst, wird im aktuellen Diskurs vernachlässigt. Wichtig ist die Einflussfaktoren wahrzunehmen und in der Situationsanalyse zu berücksichtigen. Es ist anzuerkennen, dass die Übertragung nicht zwingend durch Patientinnen und Patienten ausgelöst werden muss und zu einer Gegenübertragung der Therapeutinnen und Therapeuten führt, sondern auch die Fachpersonen unbewusste Haltungen übertragen können, was eine Gegenübertragung der Patientinnen und Patienten auslösen kann. Zusätzlich wird heute davon ausgegangen, dass die Patientinnen und Patienten mit Hilfe der Gegenübertragung der Therapeutinnen und Therapeuten die unverarbeiteten Ereignisse ausdrücken können. Die anschließende

Interpretation dieser Prozesse stellt die Kernaufgabe der Therapeutinnen und Therapeuten im Umgang mit der Gegenübertragung dar (Ermann, 2008, S. 236–237).

Die Gegenübertragung im weiteren Verständnis fand bei Rogers (1957, S. 95–103) seine Fortsetzung. Mit den Grundsätzen Empathie, Wertschätzung und Kongruenz stellt er die Haltung der Fachpersonen gegenüber den Patientinnen und Patienten ins Zentrum seiner Handlungsempfehlungen. Im Berufskodex der Sozialen Arbeit Schweiz wird bestimmt, dass die Partizipation der Klientel zu fördern ist (AvenirSocial, 2010, S. 10). Dafür ist eine wohlwollende und optimistische Haltung gegenüber der Klientel vorgesezt. Zusätzlich werden Inter- und Supervisionen in vielen Institutionen mit Sozialarbeitenden zum individuellen Fallverständnis und der Reflexion der persönlichen Einstellung gegenüber der Klientel genutzt. Dabei ist das Bewusstsein über mögliche Übertragungen und Gegenübertragungen in Beratungen von hoher Bedeutung.

Falls die Sozialarbeitenden die Diagnosekenntnis einer psychischen Störung ihrer Klientel haben, kann dies die Übertragungen oder Gegenübertragungen der Sozialarbeitenden beeinflussen. Es ist vorstellbar, dass die Sozialarbeitenden der Klientel aufgrund ihrer Diagnose weniger zutrauen, was die Zweifel der Klientel wiederum verstärkt.

6.2.6 Selbsterfüllende Prophezeiung

Die selbsterfüllende Prophezeiung wurde vom amerikanischen Soziologen Merton ausgearbeitet. Gemäss Merton (1948, S. 195) ist eine selbsterfüllende Prophezeiung ursprünglich eine falsche Annahme, welche das Ereignis so stark verändert, dass diese Annahme letztlich eintritt. Die Erwartung ist demnach so stark, dass sie Verhaltensweisen auslöst, welche zur Bewahrheitung der ursprünglich falschen Annahme führt. Die Wahrscheinlichkeit einer selbsterfüllenden Prophezeiung steigt, wenn wenig Informationen zur Situation vorliegen, weil dadurch der Einfluss der Erwartungen gesteigert wird (Keuschnigg & Wolbring, 2017, S. 178–179).

Merton publizierte seinen Artikel ursprünglich nicht in einer soziologischen Zeitschrift, sondern in einer Zeitschrift für Literatur und Gegenwartsfragen, wobei er auf jegliche Literaturhinweise und akademische Stilmittel verzichtete. Daraus lässt sich schliessen, dass er mit seinem Artikel nicht die Fachpersonen der Soziologie, sondern eine möglichst breite Öffentlichkeit erreichen wollte. Seine Absicht war, auf die damals herrschende Diskriminierung und den Rassismus hinzuweisen. Es wurde aufgezeigt, dass Ausgrenzung nicht adäquates Verhalten auslöst und Rassismus verstärkt (Macker & Steinbicker, 2013, S. 29–30).

Das Thomas-Theorem ist der Ausgangspunkt für die selbsterfüllende Prophezeiung. Thomas und Thomas (1928, S. 571) hielten dabei fest: «Wenn Männer Situationen als real definieren, sind sie in ihren Konsequenzen real». Somit wird festgehalten, dass Menschen weniger wegen realen Tatsachen,

sondern aufgrund der subjektiven Zuschreibung zu den Interaktionen und Sachverhalten handeln. Verstärkt wurde die These durch einen bank run auf eine eigentliche liquide Bank, welche durch negative Berichterstattungen und den anschliessenden bank run tatsächlich Konkurs ging (Keusching & Wolbring, 2017, S. 178).

Die selbsterfüllende Prophezeiung wird hauptsächlich zur Analyse der Diskriminierung im Bildungswesen und im Arbeitsmarkt rezipiert, wobei das Netzwerk der Personen zusätzlich zu berücksichtigen ist (Keusching & Wolbring, 2017, S. 181). In der Sozialen Arbeit ist die selbsterfüllende Prophezeiung aus der Perspektive der Klientinnen und Klienten sowie der Sozialarbeitenden interessant. Die selbsterfüllende Prophezeiung kann bei beiden Beteiligten wirken. Wenn sich die Klientel eine Aufgabe zutraut oder nicht, hat dies einen Einfluss auf das Erreichen oder nicht-Erreichen des Ziels. Bei den Sozialarbeitenden ist dieser Vorgang gleich zu betrachten.

In Bezug auf die Diagnosekenntnis einer psychischen Störung ist es deshalb vorstellbar, dass die Sozialarbeitenden der Klientel bei einer herausfordernden Aufgabe, wie beispielsweise eine Arbeitsstelle im ersten Arbeitsmarkt zu finden, weniger zutrauen als Menschen ohne die entsprechende Diagnose. Falls die Sozialarbeitenden raten, zuerst eine Arbeitsstelle im ergänzenden Arbeitsmarkt zu suchen und die Klientel diesen Ratschlag befolgt, erfüllt sich die Prophezeiung, dass die Klientel im ergänzenden Arbeitsmarkt eine Arbeitsstelle sucht. Dabei bleibt jedoch ungeklärt, ob es für die Person möglich gewesen wäre, direkt eine Arbeitsstelle im ersten Arbeitsmarkt zu finden und die Anforderungen zu erfüllen.

7 Handlungsvorschläge für die Praxis

Im Kapitel 6 wurden die Chancen und die Risiken der Diagnosekenntnis einer psychischen Erkrankung aufgezeigt, was anschliessend zu einer empirischen Erhebung führte. Unter Berücksichtigung der Aussagen in den Gesprächen mit den Fachpersonen wird nachfolgend abgewogen, ob das Wissen über eine Diagnose nach Möglichkeit vor der Zusammenarbeit mit der Klientel erlangt werden sollte. Anschliessend werden Handlungsvorschläge aufgezeigt, welche beim Wissen über eine Diagnose einer psychischen Erkrankung zu ergreifen sind, damit die Beratung möglichst professionell gestaltet werden kann.

7.1 Verzicht auf Diagnosekenntnis

Sozialarbeitende haben häufig die Möglichkeit, anhand der bestehenden Akten über die Klientel Informationen zu erhalten und bereits vor einem Erstgespräch mit der Person von einer Diagnose zu erfahren (Interview 1, S. 3, Interview 3, S. 9 & Interview 6, S. 18). Dieser Information können sich die Sozialarbeitenden bewusst entziehen, in dem sie auf das Aktenstudium vor einem Erstgespräch verzichten. Der Verzicht auf diese Information erfolgt meistens, um sich den Risiken gemäss Kapitel 6.2 zu entziehen und die Klientel unvoreingenommen kennen zu lernen. Der Nachteil dieser Vorgehensweise ist, dass die Chancen durch die Diagnosekenntnis gemäss Kapitel 6.1 ebenfalls entfallen. Zusätzlich bedeutet dieses Vorgehen, dass bei den meisten Akten und Softwaresystemen komplett auf das Aktenstudium verzichtet werden muss, weshalb auch andere wichtige fallbezogene Informationen nicht bekannt sind. Darunter können auch Anliegen der Klientel sein, welche Gründe für das Gespräch sind. Die Diagnosekenntnis kann durch dieses Verhalten nicht endgültig ausgeschlossen werden, weil die Klientel in einem Erstgespräch von der Diagnose erzählen könnte, was die Risiken der Diagnosekenntnis unvorbereitet auslöst. Wie bei diesem Vorgehen eine längere Zusammenarbeit ausgestaltet wird, ist ebenfalls zu reflektieren, weil der Verzicht der Diagnosekenntnis fast nicht während der gesamten Zusammenarbeit mit der Klientel aufrechterhalten werden kann. Von den sechs interviewten Expertinnen und Experten gestalten deshalb fünf ihren Arbeitsalltag mit dem Aktenstudium vor einem Erstgespräch. Die Fachperson, welche die Akten nicht betrachtet, möchte mit seiner Vorgehensweise allfälligen Stigmatisierungseffekten vorbeugen und das Verhalten der Klientel möglichst unvoreingenommen wahrnehmen. Zusätzlich arbeitet diese Fachperson in einer stationären psychiatrischen Einrichtung, welche auf Suchterkrankungen spezialisiert ist, weshalb die meisten Klientinnen und Klienten die gleiche Diagnose haben (Interview 5, S. 15).

Die Vorteile durch den Verzicht auf das Wissen über eine Diagnose werden anerkannt, aufgrund der erwähnten Nachteile werden Möglichkeiten ausgearbeitet, wie die Diagnosekenntnis einer psychischen Erkrankung konstruktiv für die Fallarbeit genutzt werden kann und welche Begleitmassnahmen dafür nützlich sein können. Um diese Handlungsmöglichkeiten einzuleiten, werden zuerst noch zwei Extrempositionen zum Umgang mit der Diagnosekenntnis vorgestellt.

7.2 Diagnose ignorieren

Eine Diagnose zu ignorieren bedeutet, ihr keine Beachtung zu schenken, obwohl eine Diagnose zu einer psychischen Erkrankung bekannt ist. Trotz dieser Information wird bei diesem Vorgehen versucht, das Verhalten der Klientel keiner psychischen Erkrankung zuzuschreiben und das gezeigte Verhalten nicht mit der bestehenden Diagnose zu begründen.

7.2.1 Vorteile

Diagnosen einer psychischen Erkrankung sind mit Verhaltens- und Erlebenszuschreibungen der Klientel verbunden, die zur entsprechenden Diagnose geführt haben. Diese Zuschreibungen können bei Anzeichen im Verhalten unterbewusst geschehen, was die Effekte im Kapitel 6.2 zur Folge haben kann. Um diese Effekte präventiv zu verhindern, kann versucht werden, eine Diagnose zu ignorieren. Dies ermöglicht Sozialarbeitenden eine Person unvoreingenommen kennen zu lernen, weshalb die Klientel weniger selektiv wahrgenommen werden. Die Klientel erhält durch diese Vorgehensweise die Möglichkeit die Sozialarbeitenden in ihrem Tempo von möglichen Diagnosen zu erzählen. Wenn die Klientel von herausfordernden Lebenssituationen und Lebensumständen berichtet, kann es als erfolgreiche Beziehungsgestaltung gedeutet werden. Zusätzlich können die Umstände, welche zur Diagnose einer psychischen Störung geführt haben, durch die Betroffenen erläutert werden, was weitere Deutungen der Diagnose ermöglicht.

7.2.2 Nachteile

Informationen zu ignorieren, scheint grundsätzlich nicht im Interesse von Sozialarbeitenden zu sein. In vielen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit, unter anderem in der Sozialhilfe, besteht das Individualitätsprinzip, wonach die Hilfestellungen für die Klientel auf den Bedarf der einzelnen Person bezogen werden. Wenn eine Information zu einer Person nicht in die Beurteilung einbezogen wird, hindert dies die Individualisierung der Hilfeleistung. Das Ignorieren von der Diagnose zu einer psychischen Erkrankung kann zu Fehleinschätzungen des Verhaltens der Klientel führen. Es ist vorstellbar, dass jemand eine Aufgabe wegen einer bestimmten diagnostizierten psychischen Erkrankung nicht erfüllen kann. Wenn die Krankheit ignoriert wird, kann dieses Unvermögen als

fehlende Motivation gedeutet werden, was zum Beispiel in der Sozialhilfe zu Kürzungen führen könnten. Die im Kapitel 6.2 genannten Effekte geschehen meistens unterbewusst, weshalb sie auch beim Versuch sie zu ignorieren auftreten können. Es besteht zusätzlich die Gefahr, dass eine bewusste Reflexion der Effekte durch das Ignorieren gehindert wird.

Aus der Perspektive der Klientel kann das Ignorieren einer Diagnose zur psychischen Erkrankung unterschiedlich gedeutet werden. Falls diese Entscheidung nicht explizit als bewusst gewählte Vorgehensweise geäußert wird, könnte die Klientel dieses Verhalten als fehlende Kompetenzen oder fehlendes Interesse der Sozialarbeitenden deuten.

7.2.3 Fazit

Eine bestehende Diagnose zu ignorieren, bewahrt Sozialarbeitende nicht vor den negativen Effekten der Diagnosekenntnis gemäss Kapitel 6.2, weshalb der Mehrwert dieses Verhaltens angezweifelt wird. Den ersten Eindruck der Klientel zu überlassen und unvoreingenommen in das erste Beratungsgespräch zu gehen, scheint plausibel, ist aufgrund der Diagnosekenntnis jedoch sehr herausfordernd und kann durch das Ignorieren weitere unbewusst Verhaltensweisen fördern. Zusätzlich müsste der Umgang mit einer Erzählung der Klientel zur diagnostizierten Erkrankung geklärt werden, weil das Ignorieren der Erzählung für die Klientel und die Sozialarbeitenden herausfordernd sein könnte. Deshalb wird von diesem Vorgehen abgeraten und ein bewusster Umgang mit der Diagnosekenntnis empfohlen.

7.3 Handlungen der Diagnose unterordnen

Die Handlungen der Sozialarbeitenden sind von unterschiedlichen Faktoren abhängig. Es besteht die Möglichkeit, dass die Diagnose einer psychischen Erkrankung die Beratung der Sozialarbeitenden stark beeinflusst. Bei diesem Handlungsansatz wird auf die Unterordnung der Beratung gegenüber der Diagnose verwiesen. Damit wird bei allen Tätigkeiten der Sozialarbeitenden abgeschätzt, ob mit der diagnostizierten psychischen Erkrankung und den zugeschriebenen Verhaltensweisen eine Handlung durchgeführt werden kann. Bevor die Reaktion der Klientel auf eine Forderung beobachtet wird, schätzen die Sozialarbeitenden ihre möglichen Fähigkeiten aufgrund der Diagnose der psychischen Erkrankung ab.

7.3.1 Vorteile

Das sozialarbeiterische Handeln der Diagnose unterzuordnen, impliziert den Versuch auf die Bedürfnisse der Klientel einzugehen. Mögliche Überforderungen der Klientel werden verhindert, indem die Ansprüche an die Fähigkeiten der Klientel angepasst werden. Die Klientel hat keine negativen Konsequenzen aufgrund der Einschränkungen wegen der psychischen Erkrankung zu befürchten.

7.3.2 Nachteile

Die Unterordnung der sozialarbeiterischen Tätigkeiten gegenüber einer Diagnose einer psychischen Erkrankung kann als Unterordnung der Sozialen Arbeit gegenüber der Psychologie gedeutet werden. Sozialarbeitende sollten Handlungsmöglichkeiten ausserhalb der psychologischen Entwicklung fördern, anstatt die Erkrankung stärker zu gewichten. Durch die Stärkung des sozialen Umfelds und entsprechende Handlungsvorschläge gegenüber der Klientel kann die psychische Gesundheit auch durch Sozialarbeitende gestärkt werden, was bei dieser Vorgehensweise nicht angesprochen wird. Die Entstehungsgeschichte und der Zeitpunkt der Diagnose von einer psychischen Erkrankung ist bei der Zusammenarbeit mit der Klientel ebenfalls zu berücksichtigen. Es ist möglich, dass die Diagnose vor längerer Zeit gestellt wurde und die Symptomatik dafür in der aktuellen Lebensphase kontrolliert werden kann. Zusätzlich werden die Effekte gemäss Absatz 6.2 bei dieser Vorgehensweise bewusst hingenommen. Die Klientel kann sich deshalb bei einer solchen Beratung nicht anerkannt fühlen, weil sie gar keine Möglichkeit erhält, die Sozialarbeitenden von ihren Fähigkeiten zu überzeugen.

7.3.3 Fazit

Eine Unterordnung des Beratungshandelns gegenüber einer Diagnose einer psychischen Erkrankung ist sozialarbeiterisch unprofessionell. Die individuelle Ausprägung der Krankheitssymptome wird durch dieses Vorgehen nicht berücksichtigt und die Bedürfnisse der Klientel stehen zu wenig im Vordergrund. Es ist davon auszugehen, dass die Klientel deshalb häufig nicht adäquat gefördert wird. Zusätzlich wird die sozialarbeiterische Expertise ausgeblendet und der psychologischen Beurteilung untergeordnet, weshalb die Möglichkeit der Sozialen Arbeit nicht ausgeschöpft werden.

7.4 Begleitmassnahmen zur Diagnosekenntnis

Die bisherigen Handlungsmöglichkeiten für die Praxis sind Extremformen, wie mit der Diagnosekenntnis umgegangen werden könnte. Aufgrund der aufgeführten Argumente sind diese Vorgehensweisen für die Praxis wenig zielführend. Deshalb werden nachfolgend Begleitmassnahmen aufgezeigt, welche zu einer professionellen Berücksichtigung der Diagnosekenntnis einer psychischen Störung der Klientel führen.

7.4.1 Wissen über psychische Erkrankungen fördern

Vorurteile, Stigmatisierungen und weitere unbewusste Beurteilungen aufgrund eines Merkmals geschehen besonders häufig, wenn wenig Wissen und direkter Kontakt zu einer unbekanntenen Personengruppe bestehen. Dies trifft auch bei der Diagnosekenntnis von psychischen Erkrankungen zu.

Eine Diagnose einer psychischen Erkrankung bedeutet jedoch nicht automatisch ein bestimmtes Verhalten (Interview 5, S. 16). Bei Diagnosen bestehen unterschiedliche Symptome, welche in verschiedener Ausprägung auftreten können. Bei zahlreichen Diagnosen wird die Erkrankung festgestellt, wenn beispielsweise fünf von zehn Verhaltens- und Erlebensmerkmalen bei einer Person zutreffen. Es ist wichtig, dass Sozialarbeitende Wissen über die Diagnostik haben, damit sie sich keine Verhaltensweisen aufgrund von Film oder Kurzbeschreibungen aus dem Internet vorstellen. Zusätzlich kann mit mehr Fachwissen zur Diagnostik besser auf die Bedürfnisse der Klientel eingegangen werden und die Gestaltung der Beratung kann bei Bedarf angepasst werden. Das Verhalten der Klientel ist bei einer diagnostizierten Erkrankung weiterhin differenziert zu betrachten.

7.4.2 Veränderungen planen

Für die Klientel gibt es immer wieder Veränderungen in der Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden. Einerseits kann die Veränderung durch einen Wechsel der Sozialarbeitenden in derselben Institution entstehen und andererseits kann ein Institutionswechsel der Klientel der Grund für einen Wechsel der zuständigen Sozialarbeitenden sein. In beiden Fällen erhalten die Sozialarbeitenden meistens die Information über eine diagnostizierte psychische Erkrankung (Interview 1, S. 3, Interview 3, S. 9 & Interview 6, S. 18).

Ein Wechsel der zuständigen Sozialarbeitenden in derselben Institution erfolgen meistens aufgrund einer Kündigung, wenn die Fälle wegen Herausforderungen in der Fallarbeit neu verteilt werden oder aufgrund einer strukturellen Veränderung innerhalb der Institution. Bei solchen Veränderungen ist die Planung der Fallübergabe mit den entsprechenden Informationen äusserst wichtig, damit keine Vorurteile gefördert werden. Einerseits besteht bei vielen Sozialarbeitenden der Anspruch, möglichst viele Informationen ihren Nachfolgen zu hinterlassen, damit schnell eine konstruktive Zusammenarbeit gefördert werden kann. Andererseits besteht häufig hoher Zeitdruck, um bestehende Pendenzen abzuarbeiten und mit der Klientel einen guten Abschluss der Zusammenarbeit zu ermöglichen. Deshalb werden Fallübergaben häufig mit der Hilfe von Diagnosen von psychischen Erkrankungen gestaltet, was bei den neuen Sozialarbeitenden bestimmte Erwartungen zum Verhalten der Klientel auslösen kann (Interview 5, S. 16). Wie die Information über die Diagnose von psychischen Erkrankungen verarbeitet wird, ist anschliessend von den neu zuständigen Sozialarbeitenden abhängig. Durch genügend zeitliche Ressourcen und eine ausführliche Übergabe, könnten statt der Diagnosen das Verhalten der Klientel in der Zusammenarbeit mit den Sozialarbeitenden erläutert werden. Dies ermöglicht der neuen Bezugsperson entsprechende Rückschlüsse für die Zusammenarbeit mit der Klientel zu ziehen. Bei einer internen Fallverschiebung steht das Wissen der vorangehenden Sozialarbeitenden meistens noch zur Verfügung und kann bei Bedarf eingeholt werden. Bei internen Wechseln, beispielsweise durch die

interne Besetzung einer Führungsposition, erhalten häufig zwei Personen neue Aufgabenbereiche, weshalb tendenziell ein höherer Zeitdruck besteht, was ausführliche Fallübergaben weiter erschwert. Ein Wechsel der Klientel in eine andere Institution kann aus unterschiedlichsten Gründen entstehen. Beispielsweise kann durch einen Wohnortwechsel ein anderer Sozialdienst zuständig sein oder durch die Verbesserung des Gesundheitszustands ein stationärer durch einen ambulanten Aufenthalt in einer anderen Gesundheitseinrichtung angezeigt sein. Bei solchen Veränderungen im Leben der Klientel verschiebt sich die Zuständigkeit zu anderen Sozialarbeitenden. In zahlreichen Institutionen sind keine Ressourcen für diese Übergänge vorgesehen, weshalb häufig nur sehr wenig Kontakt zwischen den Institutionen bestehen (Interview 5, S. 17). Für die Klientel ist diese Veränderung in ihrem Leben meistens mit viel Unsicherheiten und möglichem Stress verbunden. Deshalb besteht besonders bei den Veränderungen ein hoher Unterstützungsbedarf, welcher aufgrund der Themen in der Zuständigkeit der Sozialen Arbeit erkennbar wird. Ein Wechsel der Zuständigkeit hat in den meistens Fällen einen Einfluss auf den Wohnort, teilweise auf die Arbeit und fast immer auf die finanziellen Möglichkeiten der Klientel. Wegen den Veränderungen im Leben der Klientel sollten bei Fallaufnahmen viele Ressourcen bereitgestellt werden. Auch die Veränderung der Zuständigkeit der Sozialarbeitenden kann durch den Aufbau der Arbeitsbeziehung zwischen den Sozialarbeitenden und der Klientel eine Belastung für die Klientel sein. Deshalb sollte in dieser Situation besonders sensibel mit der Diagnosekenntnis einer psychischen Erkrankung umgegangen werden.

7.4.3 Reflexion des Einflusses der Diagnose

In der Sozialen Arbeit ist die Zusammenarbeit der Sozialarbeitenden mit der Klientel die Grundlage für eine zielführende Weiterentwicklung der Hilfesuchenden. Sozialarbeitende haben dafür eine handlungsfeldspezifische Wissensbasis und eine feldunspezifische Kompetenzbasis, welche zur Entwicklung der Klientel beitragen können (Engel, Nestmann & Sickendiek, 2007, zitiert nach Abplanalp et al., 2020). Damit dieses Wissen zielgerichtet eingesetzt werden kann, müssen die Sozialarbeitenden ihr Verhalten immer wieder kritisch reflektieren. Bei der Diagnosekenntnis einer psychischen Erkrankung der Klientel ist die Reflexion des Verhaltens besonders wichtig, um eine professionelle Beratung zu ermöglichen (Interview 6, S. 20). Die Gefahr von Stigmatisierungen ist bei psychischen Erkrankungen besonders gross, weil die Anerkennung einer Erkrankung mit einer empathischen Haltung gegenüber der Klientel verbunden ist. Es besteht jedoch die Gefahr, dass negative Effekte ausgeblendet werden. Das Ziel der Reflexion sollte keineswegs sein, eine psychische Störung zu bezweifeln oder die Auswirkung auf das Leben der Klientel zu bestreiten. Die Auswirkungen der Erkrankung auf das Individuum sind zu erkennen und durch die Reflexion ist die individualisierte Förderung der Klientel anzustreben. Dabei sollte auch die Haltung der Sozialarbeitenden gegenüber psychischen Störungen thematisiert und möglicherweise weiterentwickelt werden. Die Haltung der

Sozialarbeitenden kann beispielsweise durch Mitleid geprägt werden, was die Förderung der Menschen hindern kann und zur Begründung von allfälligen Misserfolgen mit der Erkrankung führt. Mitleid suggeriert bei psychischen Erkrankungen häufig wenig Ressourcen zur Bewältigung von einzelnen Aufgaben, weshalb von der Klientel teilweise weniger gefordert wird, als sie bewirken könnte.

7.4.4 Bedürfnisse der Klientel abfragen

Eine Beratung von Sozialarbeitenden sollte die Bedürfnisse der Klientel berücksichtigen. Gemäss dem Trippelmandat nach Staub-Bernasconi (2018, S. 111–123) sind die Bedürfnisse der Klientel, die fachliche Einschätzung der Sozialen Arbeit und der gesellschaftliche und politische Kontext für die Handlungen der Sozialarbeitenden massgebend. Damit die Bedürfnisse der Klientel bekannt sind, müssen sie erfragt werden. Bei der Kenntnis über eine diagnostizierte psychische Erkrankung sollte der Umgang mit der Erkrankung mit der Klientel abgesprochen werden. Wenn die Sozialarbeitenden aufgrund der bestehenden Akten von der Diagnose erfahren, könnte die direkte Frage wie die Betroffenen mit den Symptomen der Erkrankung umgehen, den Beziehungsaufbau erschweren. Deshalb empfehlen die interviewten Expertinnen und Experten die Bedürfnisse der Klientel im Zusammenhang mit den Handlungsfeldern der Sozialarbeitenden zu erfragen (Interview 2, S. 6 & Interview 3, S. 9). Fragen zum sozialen Umfeld der Klientel können die Bedürfnisse und den Einfluss der psychischen Erkrankung in diesem Lebensbereich aufzeigen. Aus diesen Erläuterungen können anschliessend die Bedürfnisse der Klientel erfragt werden und die Handlungsoptionen der Klientel ausgearbeitet werden. Zusätzlich steigt durch dieses Vorgehen die Wahrscheinlichkeit, dass die Klientel die psychische Erkrankung selbst zum Thema des Gesprächs macht. Die Sozialarbeitenden erhalten so die Möglichkeit, ihren Aufgabenbereich zu klären und die bestehenden Angebote zur Bearbeitung der psychischen Erkrankung zu erläutern.

7.4.5 Berücksichtigung Behandlungsstand und Symptome statt Diagnose

In der Diagnostik werden das aktuelle Verhalten und Erleben der Klientel durch die Ärztinnen und Ärzte festgehalten, aber keine Vorhersage für die Zukunft der Betroffenen gemacht. Sozialarbeitende können die Information einer psychischen Erkrankung erhalten, obwohl die Diagnose dafür mehrere Jahre vor dem Informationsfluss gestellt wurde. Die Entwicklung zwischen dem Zeitpunkt der Diagnostik und der Information an die Sozialarbeitenden wird meistens weniger detailliert festgehalten, was zu Fehlannahmen der Sozialarbeitenden führen kann. Bei zahlreichen psychischen Erkrankungen erarbeitet sich die Klientel Strategien, wie sie mit der Erkrankung umgehen kann. Dieser Prozess kann beispielsweise durch eine Verhaltenstherapie oder einer medikamentösen Behandlung begleitet

werden. Deshalb sind der aktuelle Behandlungsstand und die entsprechende Symptomatik der Erkrankung massgebender für das Verhalten der Klientel als die gestellte Diagnose (Interview 2, S. 7, Interview 3, S. 9 & Interview 4, S. 12). Dies sollte den Sozialarbeitenden bewusst sein und in ihre Gesprächsführung einfließen. Falls dies nicht geschieht, wird der Klientel ein Verhalten unterstellt, welches nicht mehr aktuell ist. Durch die Berücksichtigung des Behandlungsstands und der Symptome können allfällige Defizite der Klientel aufgrund einer Erkrankung in die Beratung einfließen, ohne zusätzliche negative Konsequenzen wie im Kapitel 6.2. aufgeführt.

7.4.6 Zeitliche Ressourcen fördern individualisierte Hilfe

In den Interviews wurde von allen Expertinnen und Experten auf die zusätzlichen Herausforderungen bei fehlenden zeitlichen Ressourcen hingewiesen. Wenn wenig zeitliche Ressourcen für die Fallarbeit bestehen, sei die Gefahr von einer höheren Gewichtung der Diagnose einer psychischen Erkrankung gross (Interview 4, S. 12). Bei hohem Zeitdruck bestehen weniger Möglichkeiten die individuellen Eigenschaften der Klientel während Gesprächen wahrzunehmen und das gezeigte Verhalten in den Gesprächen für die zukünftige Zusammenarbeit zu gewichten. Es werden weniger Gespräche mit der Klientel geführt, was zu mehr Handlungen aufgrund der bestehenden Aktenlage führt. Zusätzlich besteht bei den Beratungen die Gefahr, dass der Klientel weniger gut zugehört wird und die festgehaltene Diagnose den weiteren Beratungsverlauf stärker beeinflusst. Dies kann im Extremfall dazu führen, dass die Sozialarbeitenden hauptsächlich die Ansprüche und Empfehlungen von anderen Professionen durchführen und die fachliche Beurteilung der Sozialen Arbeit nicht oder nur schwach in eine Entscheidung einfließt. Zum Beispiel kann bei einer drohenden Überlastung in Spitälern der institutionelle Auftrag an die Sozialarbeitenden sein, für die Klientel eine Anschlusslösung an einen stationären Aufenthalt zu finden. Welche Anschlusslösung für die Klientel geeignet ist und aus sozialarbeiterischer Perspektive sinnvoll ist für die Klientel, kann für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zweitrangig sein, wichtig ist ausschliesslich das zur Verfügung stehende Bett (Interview 1, S. 4). Deshalb sind ausreichende zeitliche Ressourcen für den adäquaten Umgang mit einer Diagnosekenntnis von grosser Bedeutung, damit die Klientel wahrgenommen werden kann und nicht aufgrund der Diagnose die weitere Zusammenarbeit bestimmt wird.

7.4.7 Förderung der Sozialen Arbeit im interdisziplinären Austausch

Wie die Diagnosekenntnis einer psychischen Erkrankung der Klientel die Beratung von Sozialarbeitenden beeinflusst, wird auch durch die Positionierung der Sozialen Arbeit im interdisziplinären Austausch geprägt. Die Diagnostik zu psychischen Erkrankungen wird von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt (Interview 6, S. 18). Die Verhaltensweisen, welche zu einer Diagnose führen, beeinflussen jedoch alle Lebensbereiche der Klientinnen und Klienten und nicht ausschliesslich deren

psychische Verfassung, sondern möglicherweise auch das soziale Umfeld, die Wohnsituation und die Arbeitsfähigkeit. Herausforderungen in diesen Lebensbereichen bearbeitet die Klientel mit den Sozialarbeitenden. Deshalb sollte beim interdisziplinären Austausch über die Auswirkungen der psychischen Erkrankungen auf diese Lebensbereiche die Einschätzung der Sozialarbeitenden eingeholt werden (Interview 6, S. 18). Besonders wichtig ist dabei das Selbstbewusstsein der Sozialen Arbeit gegenüber anderen Disziplinen. Dies beinhaltet, dass die Sozialarbeitenden ihr Handeln nicht ausschliesslich von der Einschätzung von Ärztinnen und Ärzte abhängig machen, sondern auch ihre Wahrnehmung der Klientel in ihrer Arbeit berücksichtigen. Die Sozialarbeitenden können in zahlreichen Fällen von den Einschätzungen der Ärztinnen und Ärzte profitieren, sollten sich jedoch die Auswirkungen der Symptome der diagnostizierten psychischen Erkrankung auf die Lebensbereiche, welche durch die Sozialarbeitenden mit der Klientel bearbeitet werden, fokussieren. Durch diesen Transfer der psychischen Erkrankung auf die Themenbereiche der Sozialen Arbeit, können die Sozialarbeitenden den Ärztinnen und Ärzte wichtige Hinweise für die Förderung der psychischen Gesundheit geben, was die Symptome der psychischen Erkrankung lindern kann. Die Zusammenarbeit und konstruktive Verbindung zwischen der biologischen, psychischen und sozialen Gesundheit der Klientel ist nur bei einem Diskurs auf Augenhöhe zwischen den Disziplinen möglich. Diese Stärkung fördert zusätzlich das Verständnis der Sozialarbeitenden für psychische Erkrankungen und schwächt mögliche Stigmatisierungsprozesse.

8 Fazit

Die Fragestellung dieser Bachelor-Thesis lautet: «*Welchen möglichen Einfluss hat die Diagnosekenntnis einer psychischen Störung der Klientel auf Sozialarbeitende in einem Beratungsgespräch?*» Zusätzlich beinhaltet die Zielsetzung der Verfassenden, Handlungsvorschläge für einen professionellen Umgang mit der Diagnosekenntnis in der Praxis auszuarbeiten.

Die Literaturrecherche hat gezeigt, dass die Diagnosekenntnis einer psychischen Erkrankung der Klientel einen grossen Einfluss auf die Sozialarbeitenden haben kann. Die Chancen aufgrund der Diagnosekenntnis sind die Förderung der Empathie, die Hilfestellung im Fallverständnis, der Zugang zu finanziellen Mitteln und dass die Unterstützung individueller ausgestaltet werden kann. Als Risiken wurden unterbewusste Prozesse ausgearbeitet, wobei die Stigmatisierung, der Labeling-Approach, der Pygmalion-Effekt, der Halo-Effekt, Übertragung – Gegenübertragung und die selbsterfüllende Prophezeiung aufgegriffen wurden.

Aufgrund der Informationen aus den Interviews mit den Expertinnen und Experten sowie durch die Aufarbeitung der Thematik anhand der bestehenden Literatur scheint es unrealistisch, dass Sozialarbeitende durch die Diagnosekenntnis einer psychischen Störung der Klientel nicht beeinflusst werden. Welche Einflüsse die Sozialarbeitenden in einem Beratungsgespräch wie stark betrifft, ist von vielen Faktoren abhängig. Einige dieser Faktoren sind bei den Sozialarbeitenden zu finden, wobei beispielsweise die Arbeitserfahrung oder das Menschenbild genannt werden können. Es ist vorstellbar, dass mehr Arbeitserfahrung einen bewussteren Umgang mit der Diagnosekenntnis einer psychischen Störung der Klientel ermöglicht.

Die institutionellen Rahmenbedingungen beeinflussen den Einfluss der Diagnosekenntnis einer psychischen Störung der Klientel ebenfalls. Institutionen können einen professionellen Umgang mit der Diagnosekenntnis entweder durch die Vermittlung von Wissen über die spezifischen Störungen einer psychischen Erkrankung, mit genügend zeitlichen Ressourcen zur individuellen Beratung oder durch die Förderung des interdisziplinären Austauschs auf Augenhöhe fördern.

In der Ausbildung der Sozialarbeitenden ist das Wissen über psychische Erkrankungen zu vermitteln, die Reflexionsfähigkeit zu stärken und die Planung der Zusammenarbeit mit der Klientel zu thematisieren. Durch die Aneignung dieser Fähigkeiten wird den Sozialarbeitenden ermöglicht, mit der Kenntnis über eine diagnostizierte psychische Erkrankung der Klientel professionell umzugehen.

Diese Bachelor-Thesis zeigt auf, dass die Auswirkungen der Diagnosekenntnis einer psychischen Erkrankung auf die Sozialarbeitenden noch nicht ausreichend untersucht sind. Für die Klientel ist der

professionelle Umgang der Sozialarbeitenden von grosser Wichtigkeit, weil die Sozialarbeitenden als Ansprechperson für sie fungieren und für Unterstützung im Umgang mit Herausforderungen bei Themen wie Wohnen, Arbeit, soziales Umfeld oder Finanzen sorgen können.

Durch die Forschung könnten Anregungen für die Hochschuldidaktik aufgegriffen werden oder weiterreichende Konzepte zur Gesprächsführung mit psychisch erkrankten Personen ausgearbeitet werden. Wenn diese anschliessend in die Praxis einfliessen, ermöglicht dies der Klientel zusätzliches Vertrauen in die Sozialarbeitenden aufzubauen.

9 Literaturverzeichnis

- Abplanalp, E., Cruceli, S., Disler, S., Pulver, C., & Zwilling M. (2020). *Beraten in der Sozialen Arbeit* (1. Aufl.). <https://elibrary.utb.de/doi/pdf/10.36198/9783838553474?download=true>
- Adam-Lauer, G. (2017). Psychologie. In D. Kreft & I. Mielenz (Hrsg.). *Wörterbuch Soziale Arbeit: Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik* (8. Überarb. Aufl., S. 752–762). Belz Juventa.
- Ahrens, W., Gaebel, W. & Schlamann, P. (2010). *Konzeption und Umsetzung von Interventionen zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen: Empfehlungen und Ergebnisse aus Forschung und Praxis*. <http://seelischegesundheit.net/wp-content/uploads/2021/06/strategiepapier-2372010.pdf>
- AHV-IV. (2022). *Leistungen der Invalidenversicherung (IV)*. <https://www.ahv-iv.ch/p/4.01.d>
- Aktionsbündnis Seelische Gesundheit. (o.D.). *Stigmatisierung*. <https://www.seelischegesundheit.net/wissen/stigma/>
- Amelang, M., Krumm, S. & Schmidt-Atzert, L. (2021). Einleitung. In L. Schmidt-Atzert, M. Amelang & S. Krumm (Hrsg.), *Psychologische Diagnostik* (6. Überarb. Aufl., S. 1–37). <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61643-7>
- American Psychiatric Association (o.D.). *DSM History*. https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/about-dsm/history-of-the-dsm#section_1
- Angermeyer, M. C., Link, B. G., Matschinger, H. & Schomerus, G. (2014). Public attitudes regarding individual and structural discrimination: Two sides of the same coin?. *Social Science & Medicine*, 103, 60–66. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.014>
- Ansen, H. & Stimmer, F. (2016). *Beratung in psychosozialen Arbeitsfeldern: Grundlagen - Prinzipien - Prozess* (1. Aufl.). Kohlhammer.

Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. (o.D.). *Der Psychotherapieberuf*. <https://psychotherapie.ch/wsp/de/berufspolitik-und-berufsentwicklung/der-psychotherapieberuf/>

Atteslander, P. (1971). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. De Gruyter.

AvenirSocial. (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz*. https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/SCR_Berufskodex_De_A5_db_221020.pdf

Bamert, S. (Regie). (2023). *Jugendliche unter Druck - Betroffene erzählen ihre Geschichte*. [Film] SRF 1. <https://www.srf.ch/sendungen/dok/psychische-probleme-jugendliche-unter-druck-betroffene-erzaehlen-ihre-geschichten>

Barnikol, U. B. & Jacobi, F. (2015). Abschätzung von Prävalenz und Behandlungsbedarf psychischer Störungen: Das Problem diagnostischer Schwellen. *Der Nervenarzt*, 86(1), 42–50. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00115-014-4110-y.pdf>

Baron, R. & Greenberg, J. (2000). *Behavior in organizations* (7. Aufl.). Paerson.

Batterham, P. J., Bower, M., Boyle, J., Calear, A. L., Donohoe-Bales, A., Gournay, K., Lim, D., Nguyen, A., O`Dean, S., Smout, S., Teesson, L. & Teesson, M. (2023). A hidden pandemic? An umbrella review of global evidence of COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1–19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10032377/pdf/fpsy-14-1107560.pdf>

Baumeler, M., Bornemann, C., Harder, U., Hierlemann, F., Mäder, E., Philipp, P., Rügger, C., Staub-Bernasconi, S. & Wegmann, M. (2012). *Soziale Arbeit und Psychiatrie: Positionspapier zum professionellen Beitrag der Sozialen Arbeit bei Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen im stationären, teilstationären und ambulanten Gesundheitsbereich*. https://www.pukzh.ch/sites/default/assets/File/Positionspapier%20Soziale%20Arbeit_14_11_2014.pdf

Beushausen, J. (2014). *Beratung und Therapie: Ein paradoxer Unterschied*. <https://opus.bs-bw.de/fhdo/frontdoor/deliver/index/docId/55/file/Jürgen-Beushausen-Beratung-und-Therapie.pdf>

Blozik, E., Haller, E., Huber C. A., Reich, O., Rosemann, T., Watzke, B. & Wolf, M. (2019).

Antidepressant prescription practice and related factors in Switzerland: a cross-sectional analysis of health claims data. *BMC Psychiatry* 196(19), 1–10.

<https://doi.org/10.1186/s12888-019-2178-4>

Braun, A., Grasshoff, G. & Schweppe, C. (2011). *Sozialpädagogische Fallarbeit*. Ernst Reinhardt Verlag.

Bundesamt für Gesundheit. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Bestandesaufnahme und Handlungsfelder: Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik*.

https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/migration/documents/Bericht_Psychische_Gesundheit_in_der_Schweiz_-_Bestandsaufnahme_und_Handlungsfelder.pdf

Bundesamt für Gesundheit. (2016). *Beabsichtigte Massnahmen zur psychischen Gesundheit in der Schweiz: Bericht in Erfüllung des Postulats der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-SR) (13.3370) vom 03.05.2013*.

https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/psychische-gesundheit/politische-auftraege/bericht_massnahmen_psychische_gesundheit.pdf.download.pdf/161109_Bericht%20Massnahmen%20psychische%20Gesundheit.pdf

Bundesamt für Gesundheit. (2020). *Förderung der psychischen Gesundheit*.

https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/politische-auftraege-im-bereich-psychische-gesundheit/dialogbericht-psychische-gesundheit.html#149_1595927814471__content_bag_de_home_strategie-und-politik_politische-auftraege-und-aktionsplaene_politische-auftraege-im-bereich-psychische-gesundheit_dialogbericht-psychische-gesundheit_jcr_content_par_tabs

Bundesamt für Statistik. (2022). *Behandlung von psychischen Störungen bei jungen Menschen in den Jahren 2020 und 2021. Psychische Störungen: beispielloser Anstieg der Hospitalisierungen bei den 10- bis 24-jährigen Frauen*. <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/23772011/master>

- Callender, J. C., Dougherty, T. W. & Turban, D. B. (1994). Confirming First Impressions in the Employment Interview: A Field Study of Interviewer Behavior. *Journal of Applied Psychology, 79*(5), 659–665. https://www.researchgate.net/profile/Daniel-Turban/publication/232418644_Confirming_First_Impressions_in_the_Employment_Interview/links/54c10c2d0cf28a6324a545f0/Confirming-First-Impressions-in-the-Employment-Interview.pdf?_tp=eyJjb250ZXh0ljp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uRG93bmVYVWQifX0
- Corrigan, P. W. & O`Shaughnessy, J. R. (2007). Changing mental illness stigma as it exists in the real world, *Australian Psychologist, 41*(2), 90–97. <https://doi.org/10.1080/00050060701280573>
- Denzler, M., Mayer, J. & Werth, L. (2020). *Sozialpsychologie – Das Individuum im sozialen Kontext* (2. Auflage). Springer VS.
- Deutsch, H. (1926). Okkulte Vorgänge während der Psychoanalyse. *Imago, 12*, 418–433.
- Dietmaier, O. & Laux G. (2009). *Psychopharmaka: Ratgeber für Patienten und Angehörige* (10. Aufl.). <https://doi.org/10.1007/978-3-662-55576-7>
- Dudenredaktion. (o.D.). Einfluss. *Duden online*. Abgerufen am 14. November 2023, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Einfluss>
- Engel, F., Nestmann, F. & Sickendiek, U. (1999). *Beratung: Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze*. Juventa.
- Engel, F., Nestmann, F. & Sickendiek, U. (2008). *Beratung: Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze* (3. Aufl.). Juventa.
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2019). Einleitung von der Anatomie der Gesundheit zur Architektur des Lebens - Salutogene Wege der Gesundheitsförderung. In B. Lindström, C. M. Magistretti & M. Eriksson (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen: Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (1. Aufl., S. 25–108). <http://doi.org/10.1024/85768-000>

- Ermann, M. (2008). Gegenübertragung. In B. Waldvogel & W. Mertens & (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (3. Auflage, S. 232–245). Kohlhammer.
- Fegert, J. M., Kölch, M. & Plener, P. L. (2020). Psychopathologie und Klassifikationssysteme – Grundlegende Aspekte. In J. M. Fegert, M. Kölch & M. Rassenhofer (Hrsg.), *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* (3. Aufl., S. 1–6).
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-58418-7>
- Franke, A. (2012). *Modelle von Gesundheit und Krankheit* (3. Überarb. Aufl.).
<https://elibrary.hogrefe.com/content/pdf/99.110005/9783456951201.pdf>
- Freud, S. (1905). *Bruchstück einer Hysterie-Analyse: Gesammelte Werke* 5, 161–286.
- Freud, S. (1912). *Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung: Gesammelte Werke* 8, 376–387.
- Freud, S. (1913). *Über die allgemeinste Erniedrigung des Liebeslebens. Gesammelte Werke* 8, 78–191.
- Gabriel-Schärer, P. & Meier Magistretti, C. (2019). Salutogenese und Soziale Arbeit - Gemeinsamkeiten und Lernfelder. In B. Lindström, C. M. Magistretti & M. Eriksson (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen: Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (1. Aufl., S. 221–234). <http://doi.org/10.1024/85768-000>
- Gaitanides, S. (2004). Interkulturelle Kompetenz in der Beratung: Reflexion der Asymmetrie der Machtbeziehung und Abgabe von Macht. In F. Engel, F. Nestmann, & U. Sickendiek (Hrsg.). *Das Handbuch der Beratung: Disziplinen und Zugänge* (S. 321–323). dgvt.
- Gerhardt, U. (1991). Typenbildung. In E. von Kardorff, H. Keupp L. von Rosenstiel, S. Wolff & U. Flick (Hrsg.), *Handbuch qualitativer Sozialforschung* (S. 432–435). Psychologie Verlags Union.
- Gill, M. D. & Merton, M. (1984). Transference: A change in conception or only in emphasis? A response. *Psychoanalytic Inquiry*, 4(3), 489–523.

- Goffman, E. (1967). *Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*.
http://irwish.de/PDF/_Soziologie/Goffman_Erving/Goffman_Erving-Stigma-Ueber_Techniken_der_Bewaeltigung_beschaedigter_Identitaet.pdf
- Gossmann, I. (2011). *Macht in der Beratung: Bedeutung und Schwierigkeiten des Faktors Macht in professionellen Hilfebeziehungen* [Bachelorarbeit, Hochschule Bremen] ResearchGate.
<https://www.researchgate.net/publication/279401507>
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 34(2), 155–181.
- Gregusch, P. & Kähler, H. D. (2015). *Erstgespräche in der fallbezogenen Sozialen Arbeit* (6. Überarb. Aufl.). https://content-select.com/media/moz_viewer/537c90e9-ec18-4d8b-b6cc-7f6c2efc1343/language:de.
- Hanses, A. (2000). Biographische Diagnostik in der Sozialen Arbeit: Über die Notwendigkeit und Möglichkeit eines hermeneutischen Fallverstehens im institutionellen Kontext. *Neue Praxis*, 30(4), 357–379. Comenius-Institut.
- Haug, A. (2017). *Psychiatrische Untersuchung: Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen in Praxis und Klinik* (8. Überarb. Aufl.). Springer.
- Hausser, K. (1982). Forschungsinteraktion und Forschungskonzeption. In F. Huber & H. Mandl (Hrsg.), *Verbale Daten: Eine Einführung in die Grundlagen und Methoden der Erhebung und Auswertung* (S. 61–78). Beltz.
- Heimann, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81–84.
- Helfferich, C. (2014). Leitfaden- und Experteninterviews. In J. Blasius & N. Baur (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 559–574). Springer.
- Herold, R. & Weiss, H. (2008). Übertragung. In B. Waldvogel & W. Mertens (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (3. Aufl., S. 799–811). Kohlhammer.
- HFG. (2023). <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2013/617/de>

Hogrefe Verlag. (2016, 16. September). *DSM und ICD*. <https://www.hogrefe.com/ch/thema/dsm-und-icd>

Huber, C., Kawohl, W. & Kurt, H. (2015). *Stigma – Die zweite Krankheit: Was kann der Psychiater gegen Stigmatisierung tun?*.
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewiug6KqhcmBAxWw_rslHcLtAuoQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.upk.ch%2Ffileadmin%2Fuser_upload%2FZuweisende%2FBroschuere_Stigma%2FTakeda_Stigma_Broschuere_FINAL_D_kleiner.pdf&usq=AOVvaw0OfLhuGHKWY3NuZ-czzbz9&opi=89978449

Huber-Reggi, S. (2017, 13. Dezember). *Was ist eine psychische Störung?*. Universität Zürich.
<https://www.news.uzh.ch/de/articles/2017/Psychische-Erkrankungen.html>

Institute of Health Metrics and Evaluation. (2019). *Global Health Data Exchange* [Datensatz].
<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. (2012, Mai). *Prävention psychischer Erkrankungen: Grundlagen für den Kanton Zürich* (Forschungsbericht 17).
https://www.vbgf-arps.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/Kantonsprofil/17_Praevention_psych._Erkrank..pdf

Jünger, S. & Schaeffer, M. (2022). In H. Kreuse & J. Teltemann (Hrsg.), *Differenz im Raum* (S. 195–220). Springer VS.

Kähler, H. D. & Zobrist, P. (2017). *Soziale Arbeit in Zwangskontexten: Wie unerwünschte Hilfe erfolgreich sein kann* (3. Überarb. Aufl.). Ernst Reinhardt.

Keuschnigg, M. & Wolbring, T. (2017). Robert K. Merton: The Self-Fulfilling Prophecy/The Matthew Effect in Science. In F. Brugger & K. Kraemer (Hrsg.), *Schlüsselwerke der Wirtschaftssoziologie, Wirtschaft + Gesellschaft* (S. 177–184).
https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-658-08184-3_15.pdf

- Killersreiter, B. (2023). Beratung und Begleitung in der Sozialen Arbeit. In K. Peinemann & M. Buntrock (Hrsg.), *Grundwissen Soziale Arbeit: Grundlagen, Methoden und Arbeitsfelder* (S. 246–266). <https://doi.org/10.1007/978-3-658-39707-4>
- Klein, M. (1952). The origins of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 33, 433–438.
- Kleining, G. (1986). Das qualitative Experiment. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 38, 724–750.
- Klus, S. & Schilling, J. (2015). *Soziale Arbeit: Geschichte - Theorie - Profession* (6. Überarb. Aufl.). Ernst Reinhardt.
- Kunz, D. & Weber, E. (2016). *Beratungsmethodik in der Sozialarbeit: Das Unterrichtskonzept der Beratungsmethodik an der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit* (4. Aufl.). Interact.
- Langhorst, K. & Schwill, M. (2011). Beratung: Was ist das eigentlich?. In R. Krüger (Hrsg.), *Sozialberatung: Werkbuch für Studium und Praxis* (1. Aufl., S. 48–49). <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-531-92711-4>
- Levold, T. & Lieb, H. (2017). *Für welche Probleme sind Diagnosen eigentlich eine Lösung?*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lewin, K. (1982). Kurt-Lewin-Gesamtausgabe: Band 7. In C.-F. Graumann (Hrsg.), *Aktionsforschung und Minderheitenprobleme* (S. 267–290). Huber.
- Lohse, M. J. (2020). Psychopharmaka. In U. Schwabe & W. Ludwig (Hrsg.), *Arztneiverordnungs-Report 2020: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare* (S. 781–814). <https://doi.org/10.1007/978-3-662-62168-4>
- Lüscher-Gysi, C. (2019). Salutogenese aus der Sicht von Studierenden: lernen, salutogen zu arbeiten. In B. Lindström, C. M. Magistretti & M. Eriksson (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen: Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (1. Aufl., S. 283–296). <http://doi.org/10.1024/85768-000>
- Lütz, M. (2022). *Neue Irre: Wir behandeln die Falschen* (1. Aufl.). Kösel.

- Macker, J. & Steinbicker, J. (2013). *Zur Aktualität von Robert K. Merton*. Springer.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (6. Aufl.). Beltz.
- McLaughlin, H. (2008). What's in a Name: 'Client', 'Patient', 'Customer', 'Consumer', 'Expert by Experience', 'Service User' - What's Next?. *The British Journal of Social Work*, 39(6), 1101–1117. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm155>
- Merton, R. (1948). The self-fulfilling prophecy. *The Antioch Review*, 8(2), 193–210.
- Moser, H. (1977). *Methoden der Aktionsforschung*. Kösel.
- Müller, B. (2006). *Sozialpädagogisches Können: Ein Lehrbuch zur multiperspektivistischen Fallarbeit* (4. Überarb. Aufl.). Lambertus.
- Müller, B. (2012). *Sozialpädagogisches Können: Ein Lehrbuch zur multiperspektivistischen Fallarbeit* (7. Aufl.). https://content-select.com/media/moz_viewer/51a77546-b8f8-4e9f-bbf1-73a0bc5d09ee/language:de
- Müller, H. (2011). *Labeling von »Intensivtätern«?: Karriere eines kriminologischen Theorieansatzes und seine heutige Relevanz*. https://epub.uni-regensburg.de/21572/2/Band34_Labeling_Mueller_prnt.pdf
- Nestmann, F. (2007). Beratung zwischen alltäglicher Hilfe und Profession. In F. Engel, F. Nestmann & U. Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung: Disziplinen und Zugänge* (2. Aufl., S. 547–558). dgvt.
- Nestmann, F. & Sickendiek, U. (2002). Macht und Beratung - Fragen an eine Empowermentorientierung. In F. Engel & F. Nestmann (Hrsg.), *Die Zukunft der Beratung* (S. 165–168). dgvt.
- Neubauer, M. & Pauge, M. (2020). Stigmatisierung und Identitätsarbeit: Das Programm «In Würde zu sich stehen». *Psychiatrische Pflege*, 5(1), 27–31. <https://econtent.hogrefe.com/doi/epdf/10.1024/2297-6965/a000282>

Party, J. L. (1982). *Feldforschung: Methoden und Probleme sozialwissenschaftlicher Forschung unter natürlichen Bedingungen*. Huber.

Paulitsch, K. (2009). *Grundlagen der ICD-10 Diagnostik*. CPI - Ebner & Spiegel.

Peter, C., Roth, S. & Schuler, D. (2022, März). *Psychopharmaka in der Schweiz: Mengen, Kosten, wer sie bezieht und wer sie verschreibt* (Forschungsbericht 01). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/psychische-gesundheit/gesundheitsversorgung-psychisch-erkrankter-personen/obsan-bulletin-psychopharmaka-in-der-schweiz-2022-01.pdf.download.pdf/obsan-bulletin-psychopharmaka-in-der-schweiz_2022-01.pdf

Peter, C., Schuler, D. Sturny, I. & Tuch, A. (2023, Mai). *Psychische Gesundheit: Kennzahlen 2021* (Forschungsbericht 01). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2023-05/Obsan_BULLETIN_2023_01_d.pdf

Peter, C., Schuler, D. & Tuch, A. (2020, Dezember). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Monitoring 2020* (Forschungsbericht 15). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_15_2020_bericht_2.pdf

Peter, C., Schuler, D. & Tuch, A. (2023, Mai). *Psychische Gesundheit - Erhebung Herbst 2022: Wie geht es der Bevölkerung in der Schweiz? Sucht sie sich bei psychischen Problemen Hilfe?* (Forschungsbericht 03). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2023-05/Obsan_03_2023_BERICHT.pdf

Privatklinik Meiringen. (2016). *Psychopharmaka: Information für Patientinnen und Patienten* (1. Aufl.). <https://www.privatklinik-meiringen.ch/unterlagen1/patienteninformation-psychopharmaka/>

Pro mente sana. (o.D.) *Psychische Krankheiten A-Z*. <https://promentesana.ch/selbstbestimmtes-gehen/psychische-krankheiten-a-z>

- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2008). *Qualitative Sozialforschung*. Oldenbourg.
- Redlich, A. (1997). Psychologische Beratung ist mehr als verkürzte Therapie. In F. Nestmann (Hrsg.), *Beratung: Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis*. DGVT-Verlag.
- Reichert, J. (2014). Empirische Sozialforschung und soziologische Theorie. In J. Blasius & N. Baur (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Springer.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103.
- Rogers, C. R. (2007). The Basic Conditions of the Facilitative Therapeutic Relationship. In G. Wyatt, M. Cooper, M. O'Hara & P. F. Schmid (Hrsg.), *The handbook of personcentred psychotherapy and counselling* (S. 1–5). Palgrave Macmillan.
- Scharfetter, C. (2002). *Allgemeine Psychopathologie: Eine Einführung* (5. Aufl.). Thieme.
- Schäfer, C. (2010). *Die Beratungsbeziehung in der Sozialen Arbeit: Eine theoretische und empirische Annäherung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schneider, F. (2019). Mortalität und somatische Komorbidität bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen: Eine deutsche Registerstudie. *Deutsches Ärzteblatt*, 116(23), 405–411. https://www.wiso-net.de/document/DAE__db36b991af4a8c660998a75aef579b2d80f4dc45
- Schweizerische Gesellschaft für Beratung. (o.D). *Psychosoziale Beratung*. https://sgfb.ch/wp-content/uploads/2023/02/1.06_D_Psychosoziale_Beratung.pdf
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). (2023, 17. April). *Suizid und Suizidhilfe* [Datensatz]. <https://ind.obsan.admin.ch/de/indicator/obsan/suizid-und-suizidhilfe>
- Spektrum. (o.D.). *Labeling-approach*. <https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/labeling-approach/8440>

Stapel, H. (2022, 20. Mai.) Pygmalion-Effekt: Wie Erwartungen die eigene Leistung beeinflussen. *GEO*.
<https://www.geo.de/wissen/pygmalion-effekt--wie-erwartungen-die-leistung-beeinflussen-31878008.html>

Staub-Bernasconi, S. (2018). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft: Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität* (2. Überarb. und aktual. Ausgabe). Verlag Barbara Budrich.

Sozialpsychologie mit Prof. Erb. (2018, 04. Juni). *Was ist der Rosenthal-Effekt / Pygmalion-Effekt?* | *Sozialpsychologie mit Prof. Erb* [Video]. YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=rXriuRv1SU0&t=5s>

Stehr, J. (2013). Normalität und Abweichung. In A. Scherr (Hrsg.), *Soziologische Basics: Eine Einführung für pädagogische und soziale Berufe* (2. Aufl., S. 191–197). Springer VS.

Stehr, J. (2016). Normalität und Abweichung. In A. Scherr (Hrsg.), *Soziologische Basics: Eine Einführung für pädagogische und soziale Berufe* (3. Aufl., S. 225–233). Springer VS.

Stimmer, F. (2020). *Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit* (4. Aufl.). Kohlhammer.

Stimmer, F. & Weinhardt, M. (2010). *Fokussierte Beratung in der Sozialen Arbeit*. Reinhardt.

Sucht Schweiz. (o.D). *Medikamente: Grafiken*. <https://www.suchtschweiz.ch/zahlen-und-fakten/medikamente/medikamente-grafiken/#Konsum>

Swica (2022, 23. März). *Krankschreibungen aus psychischen Gründen in der Schweiz: Hintergründe, Verläufe und Verfahren: Eine Analyse von Versichertendossiers der SWICA Krankentaggeldversicherung*. https://www.swica.ch/-/media/swica/dokumente/mm-news/2022-03-23_swica_zusammenfassung_studie_krankschreibungen_psychische_gruende.pdf

Teigeler, B. (2022). «Soziale Zurückweisung kann gefährliche Folgen haben». *NOVAcura*, 53(3), 17–20.
<https://econtent.hogrefe.com/doi/epdf/10.1024/1662-9027/a000130>

- Thomä, H. (1983). Erleben und Einsicht im Stammbaum psychoanalytischer Techniken und der «Neubeginn» als Synthese im «Hier-und-Jetzt». In S. O. Hoffmann (Hrsg.), *Deutung und Beziehung: Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik der Psychoanalyse*. Fischer.
- Thomas, D. S. & Thomas, W. I. (1928). *The Child in America: Behavior Problems and Programs*. Knopf.
- Walker, D. & Vul, E. (2014). Hierarchical encoding makes individuals in a group seem more attractive. *Psychological Science*, 25(1), 230–235.
<https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/0956797613497969>
- Weinhardt, M. (2018). Beraten. In A. Renker, G. Grasshoff & W. Schröder (Hrsg.), *Soziale Arbeit: Eine elementare Einführung* (S. 485–500). https://doi.org/10.1007/978-3-658-15666-4_34
- Weltgesundheitsorganisation. (o.D.). *Das Europäische Bündnis für psychische Gesundheit*.
<https://www.who.int/europe/de/initiatives/the-pan-european-mental-health-coalition>
- Weltgesundheitsorganisation. (2022). *Mental disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Wenski, G. (2022). *Das kleine Handbuch kognitiver Irrtümer: Denkfehler vermeiden - mit Psychologie und Verhaltensökonomie*. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-64776-9>
- Widulle, W. (2012). *Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit: Grundlagen und Gestaltungshilfen* (2. Aufl.). Springer VS.
- Widulle, W. (2020). *Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit: Grundlagen und Gestaltungshilfen* (3. Aufl.). <https://doi.org/10.1007/978-3-658-29204-1>
- Wiedemann, P. M. (1986). *Erzählte Wirklichkeit: Zur Theorie und Auswertung narrativer Interviews*. Psychologie Verlags Union.
- Witzel, A. (1982). *Verfahren der qualitativen Sozialforschung: Überblick und Alternativen*. Campus.

Wolf, K. (1999). *Forschung & Praxis in der Sozialen Arbeit: Machtprozesse in der Heimerziehung. Eine qualitative Studie über ein Setting klassischer Heimerziehung*. <https://dspace.ub.uni-siegen.de/bitstream/ubsi/382/1/machtprozesse.pdf>

Zauner, M. (2018). *Workshop «Wie entsteht in der Sozialarbeit aus einer Situation ein Fall»* [Vorlesungsfolien]. Fachhochschule St. Pölten. https://arltsymposium.fhstp.ac.at/wp-content/uploads/sites/9/2018/09/2018_WS14_Zauner.pdf

10 Abbildungsverzeichnis

Peter, C., Schuler, D. & Tuch, A. (2023, Mai). *Psychische Gesundheit - Erhebung Herbst 2022: Wie geht es der Bevölkerung in der Schweiz? Sucht sie sich bei psychischen Problemen Hilfe?* (Forschungsbericht 03). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2023-05/Obsan_03_2023_BERICHT.pdf

11 Anhang

11.1 Interviewleitfaden

- Dauer: ca. 1 Stunde, Aufnahme, Transkription oder Protokoll im Nachgang, Analyse und Vergleich mit anderen Fachpersonen, Grundlage für Handlungsanweisungen in der Zukunft, Quelle mit ihrem Namen in der Bachelor-Thesis
- Welche Herausforderungen und welche Vorteile bestehen, wegen dem Wissen von psychischen Erkrankungen der Klientel und welche Handlungsanweisungen werden empfohlen.

Einstieg

1. Welche Relevanz haben psychiatrische Diagnosen für Sozialarbeitende in der Praxis?
2. Wie, wann und wo werden psychische Störungen von den Sozialarbeitenden dokumentiert?
3. Wann werden die psychischen Erkrankungen in der Anamnese berücksichtigt – und wann nicht?

Bedeutung der Diagnosekenntnis

4. Welchen Einfluss hat das Wissen über Diagnosen psychischer Erkrankungen auf Ihre Arbeit mit den Klientinnen und Klienten?
5. Welche Vorteile sehen Sie für die Fachperson aufgrund der Diagnosekenntnis einer psychischen Störung für die weitere Beratung der Klientel?
6. Welche Gefahren sehen Sie für die Fachperson wegen der Diagnosekenntnis einer psychischen Störung für die weitere Beratung der Klientel?
 - a. Nachfrage: Welche sonstigen Vorteile und Gefahren erkennen Sie bei einer Diagnosekenntnis für die Sozialberatung?
7. Denken Sie ist die Diagnosekenntnis einer psychischen Störung eine wichtige Voraussetzung für das Fallverständnis?

8. In welchen Fällen wird der Behandlungsstand der psychischen Störung in Ihrer Arbeit mit den Klientinnen und Klienten berücksichtigt?
9. Welche Bedeutung hat in Ihrer Wahrnehmung die Arbeitserfahrung der Sozialarbeitenden auf den Einfluss der Diagnosekenntnis?

Best Practice

Kurze Definition von Stigmatisierung in der Praxis: «Stigmatisierung also die Ungleichbehandlung von Menschen mit psych. Erkrankungen ist ein Phänomen, von dem auch Fachkräfte nicht verschont sind. Beispielsweise wird ihnen weniger zugemutet, die Erkrankung wird bagatellisiert («Tun Sie nicht so.») oder sie werden von der Gesellschaft diskriminiert, benachteiligt oder ausgegrenzt.

10. Haben Sie selbst schon Stigmatisierungen / Stigmatisierungstendenzen in Ihrer Organisation oder bei sich selbst beobachtet? Wenn ja, welche?
11. Gibt es Massnahmen / Richtlinien von der Institution, um eine während dem Beratungsgespräch unbewusste Stigmatisierung von Personen mit einer psychischen Störung zu verhindern?
12. Wünschen sie sich weitere Massnahmen, um als Fachperson mit Diagnosekenntnis Stigmatisierung entgegenzuwirken und um ein professionelles Beratungsgespräch gewährleisten zu können? Wenn ja, welche?
13. Welchen Einfluss hat der Austausch mit Mitarbeitenden bezüglich der Gleichbehandlung der Klientel trotz Diagnosekenntnis einer psychischen Störung?
14. Welche Beratungskompetenzen sind aus Ihrer Sicht notwendig, um bei Diagnosekenntnis einer psychischen Störung eine professionelle Sozialberatung gewährleisten zu können?
15. Wie sollten Sozialarbeitende mit der Diagnosekenntnis einer psychischen Störung der Klientel umgehen?

Erweiterte Abschlussfragen

16. Wie gehen sie damit um, wenn bei ihnen im Verlaufe des Beratungsprozesses die Vermutung wächst, dass die Klientel eine (noch) nicht diagnostizierte psychische Störung hat?
17. Was denken Sie zur Haltung, dass Diagnostik nur für die Medikation von Klientinnen und Klienten genutzt wird?
18. Welchen Umgang mit der Diagnosekenntnis würden Sie sich von Sozialarbeitenden ausserhalb des gesundheitlichen Settings wünschen?
19. Gibt es etwas, dass Sie noch sagen möchten / uns mitgeben möchten, was noch nicht erwähnt wurde?

Bachelor-Thesis (Gruppenarbeit)

Diese Erklärung ist von allen Studierenden der jeweiligen Gruppe separat auszufüllen.

Studierende/r:
(Name, Vorname)

Schlegel Ramona

Bachelor-Thesis:
(Titel)

Welchen möglichen Einfluss hat die Diagnosekenntnis einer psychischen Störung der Klientel auf Sozialarbeitende in einem Beratungsgespräch?

Fachbegleitung:
(Dozent/in)

Rüegg René

Angaben zur Autorenschaft der einzelnen Kapitel

Ich, obgenannte Studierende / obgenannter Studierender, habe von der obgenannten Bachelor-Thesis alle Teile (Kapitel) zusammen mit der Mitverfasserin / dem Mitverfasser verfasst.

Ich habe von der obgenannten Bachelor-Thesis die folgenden Teile (Kapitel-Angabe) verfasst:

Bei den folgenden gemeinsam verfassten Teilen der Bachelor-Thesis (Kapitel-Angabe) bin ich Mitverfasser / Mitverfasserin:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Muhen, 15. Dezember 2023

Eigenhändige Erklärung zur Bachelor-Thesis (gemäss Art. 25 Abs. 2 ZulStudR SA BSc)

„Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, habe ich als solche gekennzeichnet. Mir ist bekannt, dass andernfalls schriftliche Arbeiten gemäss Artikel 23 Absatz 1 KNR mit der Note 1.0 bewertet werden.“

Ort, Datum:

Unterschrift:

Muhen, 15. Dezember 2023

Das ausgefüllte und unterzeichnete Formular wird als letzte Seite der Bachelor-Thesis angefügt.

Bachelor-Thesis (Gruppenarbeit)

Diese Erklärung ist von allen Studierenden der jeweiligen Gruppe separat auszufüllen.

Studierende/r:
(Name, Vorname)

Guggisberg Urs

Bachelor-Thesis:
(Titel)

Welchen möglichen Einfluss hat die Diagnosekenntnis einer psychischen Störung der Klientel auf Sozialarbeitende in einem Beratungsgespräch?

Fachbegleitung:
(Dozent/in)

Rüegg René

Angaben zur Autorenschaft der einzelnen Kapitel

Ich, obgenannte Studierende / obgenannter Studierender, habe von der obgenannten Bachelor

Thesis alle Teile (Kapitel) zusammen mit der Mitverfasserin / dem Mitverfasser verfasst.

Ich habe von der obgenannten Bachelor-Thesis die folgenden Teile (Kapitel-Angabe) verfasst:

Bei den folgenden gemeinsam verfassten Teilen der Bachelor-Thesis (Kapitel-Angabe) bin ich Mitverfasser / Mitverfasserin:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Grindelwald, 15. Dezember 2023

Eigenhändige Erklärung zur Bachelor-Thesis (gemäss Art. 25 Abs. 2 ZulStudR SA BSc)

„Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, habe ich als solche gekennzeichnet. Mir ist bekannt, dass andernfalls schriftliche Arbeiten gemäss Artikel 23 Absatz 1 KNR mit der Note 1.0 bewertet werden.“

Ort, Datum:

Unterschrift:

Grindelwald, 15. Dezember 2023

Das ausgefüllte und unterzeichnete Formular wird als letzte Seite der Bachelor-Thesis angefügt.