

Praxishandbuch

Psycho ... logisch?

Psychisch belastete Menschen
in Beratungssituationen

Andrea Poschalko
Sandra Kerschbaumer



Arbeitsmarktservice
Österreich
ABI / Arbeitsmarktforschung
und Berufsinformation



Praxishandbuch Psycho ... logisch?

Psychisch belastete Menschen in Beratungssituationen

Andrea Poschalko
Sandra Kerschbaumer

Impressum:

Copyright

abif – Analyse, Beratung und interdisziplinäre Forschung
Einwanggasse 12/5, 1140 Wien, www.abif.at

Grafik

Sassmann, Wien

Wien, September 2016

Im Auftrag und mit Unterstützung des
AMS Österreich, Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation
Treustraße 35–43, 1200 Wien, www.ams.at

Verlegt bei Communicatio – Kommunikations- und PublikationsgmbH, 1190 Wien

Inhalt

Einleitung: Was können Sie von diesem Handbuch erwarten?	5
1 Psychische Gesundheit geht uns alle an!	7
1.1 Nehmen psychische Erkrankungen zu?	8
1.2 Paradox: Psychische Störungen zwischen Stigma und »Modeerscheinung«	9
1.3 Ursachen, Entstehung, Verlauf und Behandlung psychischer Störungen	11
1.3.1 Ursachen und Entstehung	11
1.3.2 Verlauf und Behandlung	13
1.4 Was ist »gestört«, was ist »normal«?	17
2 Psychische Krisen und Krisenintervention	22
2.1 Gefahren von Krisen, Suizidalität, psychiatrischer Notfall	23
2.2 Krisenbewältigung und -intervention	26
3 Psychische Störungen: Welche gibt es, und wie lassen sie sich beschreiben?	30
3.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	32
3.1.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	34
3.2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	37
3.3 Affektive Störungen	42
3.3.1 Depressive Episode, Rezidivierende depressive Störung	42
3.3.2 Bipolare affektive Störung	46
3.4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	51
3.4.1 Angststörungen	51
3.4.2 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	54
3.4.3 Somatoforme Störungen	56
3.4.4 Zwangsstörungen	57
3.5 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	58
3.5.1 Spezifische Persönlichkeitsstörungen	60
3.5.2 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung	63
3.6 Burnout	64
4 Psyche und Erwerbsarbeit – Ein Thema mit komplexen Wechselwirkungen	66
4.1 Psychische Störungen im Erwerbsleben	67
4.2 Die Qualität der Arbeit und ihre Bedeutung für die psychische Gesundheit	69
4.2.1 Belastung, Beanspruchung und Beanspruchungsfolgen	70
4.2.2 Gute Arbeit	72
5 Psychisch Belastete in Arbeitsvermittlung, Training und Beratung	74
5.1 Arbeitslos und psychisch krank – ein Teufelskreis	75
5.2 Spezifische Problemlagen	76
5.2.1 Die Frage der Arbeitsfähigkeit	77
5.2.2 Ängste und Unsicherheit	80
5.3 Veränderungsbereitschaft und Motivation	80
5.3.1 Das Rubikon-Modell	81
5.3.2 Doppelter Annäherungs-Vermeidungskonflikt	83
5.3.3 Das Transtheoretische Modell der Veränderung	83
5.4 Versorgungsstrukturen, institutionelle Rahmenbedingungen: Fragmentierung und Zwang	85

6	Bewältigung	88
7	Zentrale Aspekte im Umgang mit Betroffenen in Beratungssituationen	91
7.1	Psychosoziale Beratung und Therapie: ein multiprofessionelles Arbeitsfeld	91
7.2	Professionelle Grenzziehung zwischen Therapie und Beratung	92
7.2.1	Rollenklarheit	94
7.3	Auf die Haltung kommt es an: Basisanforderungen klientenzentrierter Gesprächsführung	96
7.3.1	Empathisches Verstehen	96
7.3.2	Unbedingte Wertschätzung	97
7.3.3	Kongruenz (Authentizität)	97
7.4	Beziehungsgestaltung und Arbeitsbündnis	98
7.5	Unfreiwillige KlientInnen und Umgang mit Widerstand	99
7.6	Transparenz	100
7.7	Geteilte Verantwortung: Problemlösung und Prozess	100
7.8	Das Prinzip Hoffnung	101
7.9	Die Ambivalenz anerkennen und Diskrepanz verdeutlichen	102
7.10	Nach vorne schauen: Lösungsorientierung und die Arbeit an Zielen	103
7.11	Eigene Stärken nutzbar machen: Ressourcenorientierte Beratung	104
7.11.1	Cheerleading und Komplimente	105
7.12	Empowerment in der Beratung: Förderung von Selbstwirksamkeit und Selbstmanagementfähigkeiten	106
8	Methoden- und Materialsammlung	108
8.1	Leitlinien für den Umgang mit Betroffenen	108
8.2	Nicht adäquate Verhaltensweisen von Beratenden	110
8.3	Schulz von Thun: Das Nachrichtenquadrat	111
8.4	Leitfaden aktives Zuhören	113
8.5	Fragetechniken	114
8.6	In komplexen Situationen den Überblick behalten: Das Klärungskarussell	115
8.7	Gewaltfreie Kommunikation	116
8.8	Die zwölf Kommunikationssperren nach Thomas Gordon	117
8.9	BeraterInnensprech	117
8.10	Literaturtipps	118
8.11	Fach- und Anlaufstellen	120
9	Exkurs: Die »Psycho«-Berufsgruppen	122
10	Exkurs: Paradigmenwechsel in der klinischen Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Personen	123
10.1	Empowerment	123
10.2	Shared Decisionmaking und Informed Consent	125
10.3	Adherence statt Compliance	126
10.4	Recovery	127
10.4.1	Resilienz	129
10.4.2	Trialog	129
	Literaturverzeichnis	130
	Interviewte ExpertInnen	137

*»Drei Dinge helfen, die Mühseligkeiten
des Lebens zu tragen: Die Hoffnung,
der Schlaf und das Lachen.«*

IMMANUEL KANT

Einleitung: Was können Sie von diesem Handbuch erwarten?

Haben Sie das Gefühl, psychische Belastungen nehmen zu? Treffen Sie in Ihrer Arbeit auf Menschen, die psychisch angegriffen wirken? Sind Sie sich manchmal nicht sicher, wie Sie diesen Personen in Beratung und/ oder Training begegnen sollen? Zweifeln Sie mitunter an der Arbeitsfähigkeit von KlientInnen, in Folge psychischer Belastungen oder Leiden? Fragen Sie sich gelegentlich »Wie sag ich's bloß«? oder wissen Sie gar manchmal selbst nicht mehr weiter? Da sind Sie nicht alleine! Das Gefühl, zu wenig über psychische Belastungen und Störungen zu wissen, wird von AkteurInnen im arbeitsmarktintegrativen Bereich häufig artikuliert.

Zwar gibt es keine Patentrezepte oder einfache Lösungen, das vorliegende Handbuch bietet aber, der komplexen Materie angemessen, kompakte Informationen, Anhaltspunkte, Tipps und Anregungen rund um das Thema psychischen Belastungen und Störungen, nicht nur im arbeitsmarktintegrativen Kontext. Es sei auch darauf hingewiesen, dass das Ziel dieses Handbuchs keinesfalls darin besteht, den BeraterInnen und TrainerInnen auch noch »therapeutische« Aufgaben zukommen zu lassen. Wir gehen vielmehr davon aus, dass Wissen, Rollenklarheit und eine reflektierte Haltung zu einer Entlastung in der alltäglichen Arbeit beitragen können. Allein Ihr Interesse für die Thematik unterstreicht bereits Ihre reflektierte Haltung und Expertise. Vielleicht kann dieses Handbuch einen Beitrag dazu leisten, diese noch zu erweitern und Sie dabei unterstützen, neue Ansätze für Ihre Praxis zu finden. Zum Glück gibt es viele Ansätze und nicht nur einen einzigen »richtigen« Weg.

Vielfach sind es auch systemische Rahmenbedingungen, die den Komplexitätsgrad erhöhen oder als unüberwindbare Hürde erscheinen. Das ist sicherlich eine große Herausforderung und bedarf weiterer Bemühungen auf übergeordneter Ebene. Aber denken Sie daran, Systeme sind nicht apersonal. In den alltäglichen Begegnungen sind es einzelne Menschen, die aufeinander wirken. Auch wenn nicht immer große Sprünge gelingen (können), tragen diese Begegnungen das Potenzial für positive Entwicklungen in sich und machen es vielleicht leichter, weiterführende Unterstützung in Anspruch zu nehmen,

Dem / Der aufmerksamen LeserIn wird vielleicht auffallen, dass den Betroffenen selbst in diesem Handbuch nur vereinzelt Stimme verliehen wird. Diesbezüglich sei vor allem auf zwei frühere Studien der Autorinnen¹ verwie-

¹ Vgl. Egger-Subotitsch, Andrea / Poschalko, Andrea / Kerler, Monira / Bartok, Larissa / Liebeswar, Claudia (2014): Optimale Betreuung und Vorgangsweisen bei psychisch belasteten KundInnen. Endbericht. Eine Studie im Auftrag des AMS Burgenland. Web: www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/ENDBERICHT_AMSB_Psybel_052014.pdf. Egger-Subotitsch, Andrea / Poschalko, Andrea / Kerschbaumer, Sandra / Wirth, Marlene (2014): Die Relevanz von Einstellungsveränderungen im Zuge von Arbeitslosigkeit und Rehabilitation vor dem Hintergrund der Reintegration in den Arbeitsmarkt. AMS report 100. Arbeitsmarktservice Österreich, Abt. ABI, abif – Analyse, Beratung und interdisziplinäre Forschung (Hg.) Communicatio, Wien. Web: www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/AMS_report_100.pdf.

sen, in denen explizit persönliche Erfahrungen erhoben und beschrieben wurden. Wir hoffen, dass in diesem Sinne die Sichtweisen Erfahrener zumindest indirekt einfließen.

Bei der Lektüre könnten Sie sich auch fragen, warum wechselnd von psychischen »Störungen« und »Krankheiten« die Rede ist, wohingegen sich in der Fachwelt weitgehend der Begriff »Störung« hat. Beide Begriffe sind leider nicht unproblematisch und können stigmatisierend aufgefasst werden. Einige Menschen empfinden den Störungsbegriff sogar noch diskriminierender, da er sich zumindest alltagssprachlich deutlich von körperlichen »Krankheiten« abgrenzt und damit »Andersartigkeit« impliziert. Zudem können gerade im arbeits- und sozialrechtlichen Kontext gewisse Ansprüche erst aufgrund von »Krankheit« geltend gemacht werden. Weiterhin kann überlegt werden, ob einer »Störung« mit dem gleichen Mitgefühl begegnet wird wie einer »Krankheit«. Vieles liegt sicherlich auch in einem Grenzbereich zwischen situativem Befinden, Belastungsreaktionen, psychosozialen Krisen, psychosomatischen Beschwerden und psychiatrischen Störungen im engeren Sinne. Aus all diesen Überlegungen, haben wir uns entschieden, in der vorliegenden Arbeit sowohl »Krankheit« als auch »Störung« zu verwenden. Letztlich sind wir der Meinung, dass, egal welche Begriffe dafür verwendet werden, psychische wie körperliche Belastungen und Leiden zum menschlichen Dasein dazu gehören und daher ganz wertfrei zu sehen sind. Bedenken Sie auch, dass angesichts der Vielfalt und Komplexität (zwischen-)menschlichen Erlebens, Verallgemeinerungen und Zusammenfassungen immer nur näherungsweise zutreffen. Denken Sie bitte auch daran, dass es kulturelle Unterschiede gibt was als »normal« angesehen wird.

»Helfen Sie mit, auch in der Öffentlichkeit, ein menschliches Bild von psychischen Erkrankungen zu zeichnen und um mehr Verständnis zu werben. Mehr Vielfalt und Toleranz tut uns allen gut – nicht nur gegenüber Fremden von außen. Auch das innere Fremdwerden, das Fremdwerden in der eigenen Haut ist in einem eher großzügigen kulturellen Klima weniger bedrohlich.«²

Sabine Putz, René Sturm

AMS Österreich, Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation (ABI)

www.ams-forschungsnetzwerk.at

Andrea Poschalko, Sandra Kerschbaumer (Autorinnen) & Andrea Egger-Subotitsch (stv. Geschäftsführerin)

abif – Analyse, Beratung und interdisziplinäre Forschung

www.abif.at

² Bock et al. (Hg.) 2009, Seite 27. Anmerkung: Zitat geändert, ursprünglicher Text: »(...) ein menschliches Bild von Psychosen (...)«.

1 Psychische Gesundheit geht uns alle an!

Die Relevanz von psychischen Beeinträchtigungen spiegelt sich nicht nur in einem verstärkten Medieninteresse wider. Ohne Frage ist psychische Gesundheit bzw. Krankheit auch ein großes Thema für Politik und öffentliche Verwaltung geworden. Die WHO sieht psychische Störungen sogar als die größte Herausforderung im Bereich der Gesundheitspolitik in Europa, insbesondere in Anbetracht ihrer Häufigkeit und der von ihnen verursachten Krankheitslast.³

*Psychische Störungen sind kein Einzelschicksal!
JedeR dritte EuropäerIn leidet darunter.*

Die aktuellsten und verlässlichsten Zahlen zur Prävalenz von psychischen Störungen in Europa liefert eine Metastudie aus dem Jahr 2011. Die StudienautorInnen schätzen, dass jährlich (Jahresprävalenz) 38,2 Prozent der europäischen Gesamtbevölkerung, das sind etwa 164,8 Millionen Menschen, an psychischen Problemen mit Krankheitswert leiden.

Die zehn häufigsten psychischen Erkrankungen		
1	Angsterkrankungen	14 %
2	Schlafstörungen	7 %
3	Depressionen (unipolar)	7 %
4	Psychosomatische Beschwerden (Somatoforme Störungen)	5 %
5	Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol und Drogen)	4 %
6	AD(H)S (im Kindes- und Jugendalter)	5 %
7	Demenzen (bei Personen ≥ 60 Jahren)	5 %
8	Verhaltensstörungen (bei Kindern und Jugendlichen)	3 %
9	Posttraumatische Belastungsstörung	2 %
10	Persönlichkeitsstörungen	1 %

Quelle: Vgl. Wittchen et al. 2011, Seite 668.

Verstärkt werden daher auch die volkswirtschaftlichen Auswirkungen in den Blick genommen. Psychische Erkrankungen wird eine hohe »wirtschaftliche Krankheitslast« zugeschrieben, für die Betroffenen selbst und für die Wohlfahrts- und Wirtschaftssysteme. Aber es sind nicht in erster Linie die Krankheitsbehandlungen, die

³ Vgl. WHO 2015.

Kosten verursachen, sondern es entstehen vor allem indirekte Kosten, etwa durch Arbeitslosigkeit und Krankenstände.⁴ All das unterstreicht die gesamtgesellschaftliche Relevanz von psychischer Gesundheit und stellt eine Herausforderung auf verschiedenen Systemebenen dar (siehe dazu auch Kapitel 5.4: Versorgungsstrukturen, institutionelle Rahmenbedingungen: Fragmentierung und Zwang).

*Psychische Störungen können
genau wie körperliche Krankheiten
jeden Menschen treffen!*

Systeme sind jedoch nicht apersonal – in den alltäglichen Kommunikationssituationen sind es einzelne Menschen und ihre Kompetenzen, die gefordert sind. Das betrifft Privatpersonen genauso wie professionell Tätige, auch jene außerhalb des Gesundheitssystems. Schließlich sei angemerkt, dass alle Menschen »potenziell Betroffene« sind. Niemand ist vor psychischen Krisen und Störungen gefeit.

Hervorzuheben ist aber auch, ohne zu romantisieren, dass viele künstlerische, wissenschaftliche und gesellschaftliche Werke und Errungenschaften auf das Konto von »psychisch Kranken« gehen.⁵ Ob eine Krankheit dafür notwendige Voraussetzung war, sei dahingestellt. Deutlich wird aber, dass Menschen mit psychischen Störungen nicht nur belasten und kosten, sondern genauso mit Erfolg und Wertschöpfung in Verbindung gebracht werden können, trotz ihrer Erkrankung. Ein beträchtlicher Anteil der von psychischen Störungen betroffenen Menschen ist erwerbstätig. So beträgt die europaweite Erwerbsquote für Personen mit leichten Störungen 60 bis 70 Prozent und für schwerwiegende Störungen immerhin 45 bis 50 Prozent.⁶ Abgesehen davon ist mit oder ohne psychische Störungen die Bandbreite an »Leistungsfähigkeit« eine Große.

1.1 Nehmen psychische Erkrankungen zu?

Fakt ist allerdings auch, dass immer mehr Menschen aufgrund psychischer Erkrankungen als in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gelten. Das zeigen etwa die steigenden Zahlen von psychischen Störungen als Ursache von Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit und von Krankenständen⁷ (siehe auch Kapitel 4: Psyche und Erwerbsarbeit – Ein Thema mit komplexen Wechselwirkungen). Auch in den Medien wird oft von einer starken Zunahme gesprochen. Ob allerdings psychische Störungen tatsächlich häufiger werden, kann derzeit nicht eindeutig beantwortet werden.

*»Wer nicht verrückt wird, der ist nicht normal.«
(Hildegard Knef)⁸*

Verschiedene Studien kommen jedoch zu dem Schluss, dass die Verbreitung von psychischen Erkrankungen über die Jahrzehnte relativ gleich bleibt.⁹ Demzufolge bildet sich eine Zunahme von psychischen Störungen in der Allgemeinbevölkerung nicht ab – ein Widerspruch?

4 Vgl. OECD 2015, Seite 11.

5 Z.B. Vincent van Gogh, Winston S. Churchill, Ernest Hemingway.

6 Vgl. OECD 2012, Seite 12.

7 Vgl. Zach 2014, Seite 47ff.

8 Song von Hans Hammerschmid/Hildegard Knef; Peermusic (Germany) GmbH; Erstveröffentlichung: LP Ich bin den weiten Weg gegangen, 2/1974. Web: www.hildegardknef.de.

9 Vgl. z.B. Richter et al. 2008.

Nun kann einerseits vermutet werden, dass bereits eine gewisse Entstigmatisierung stattgefunden hat und dass psychische Leiden häufiger benannt, erkannt und behandelt werden, was sicherlich bis zu einem gewissen Grad stimmt. Andererseits wird diskutiert, ob psychische Störungen in der heutigen Arbeitswelt eine besondere Relevanz haben. Zumal mehr denn je mentale und soziale Anforderungen gestellt werden, und eine Zunahme psychischer Arbeitsbelastungen in Zusammenhang mit Krankheitsfolgen europaweit konstatiert wird.¹⁰ Die psychischen Auswirkungen von drohendem Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit sind in diesem Zusammenhang aber sicherlich ebenso zu berücksichtigen. Nicht zu vergessen ist natürlich, dass die (psychische) Gesundheit in einem engen Zusammenhang mit den sozioökonomischen Lebensumständen insgesamt steht.

Aber unabhängig davon, ob nun psychische Belastungen und Störungen »real« oder »gefühl« zunehmen, es unterstreicht nur, dass auf allen Ebenen weitere Bemühungen erforderlich sind, um psychisches Leid zu verhindern oder zumindest zu lindern.

1.2 Paradox: Psychische Störungen zwischen Stigma und »Modeerscheinung«

Psychische Störungen und psychologische Themen sind bis zu einem gewissen Grad in der Mitte der Gesellschaft angelangt. Sie sind immer öfter Thema in den Nachrichten, populärwissenschaftlichen Auseinandersetzungen und in Alltagsgesprächen. Depressionen werden zur »Volkskrankheit« und Burnout zur »Modekrankheit« erklärt. Umgekehrt bestehen etwa Vorbehalte, wenn Rehakliniken für psychisch erkrankte Menschen in der Nachbarschaft errichtet werden sollen. Medial werden nicht selten Stereotype und Klischees vermittelt, oder gar regelrechte Bedrohungsszenarien suggeriert, wie etwa im Kontext von Straftaten. Wie passt das alles zusammen?

Die Vorstellungen zu verschiedenen Störungsbildern sind nach wie vor noch von **Tabus, Halbwissen, Skepsis und Misstrauen** geprägt.

Trotzdem jedeR mehrere Menschen mit psychischen Störungen kennen müsste, halten sich Vorurteile und Skepsis hartnäckig.

Obwohl der öffentliche Diskurs, wie über das Burnout, auch zu mehr Akzeptanz von psychischen Leiden geführt hat, bleibt hinterfragenswert, ob es nicht vielmehr alarmierend als »modisch« ist, dass sogar Krankheit noch durch besondere Leistung verdient werden muss?

Hinzuzufügen ist auch, dass Vorurteile gegenüber psychischen Störungen häufig nicht nur die Betroffenen und deren Angehörige, sondern auch die BehandlerInnen, Behandlungsmethoden und -institutionen miteinschließt. Es besteht z.B. großes Misstrauen gegenüber Psychopharmaka, so meinen etwa viele fälschlicherweise, dass Antidepressiva süchtig machen (siehe dazu auch Kapitel 1.3: Ursachen, Entstehung, Verlauf und Behandlung psychischer Störungen). Stellen Sie sich z.B. vor, Sie besuchen einen Freund / eine Freundin im Krankenhaus. Der liebe Mensch ist ganz anders als sonst, wirkt sehr gedämpft, redet langsam, wirkt desorientiert. Was denken Sie sich? Nun, er / sie hatte gerade eine Operation, bekommt noch eine hohe Dosis an Medikamenten. Meist sind wir bei somatischen Leiden viel eher bereit, bestimmte Leidenszustände – auch in Folge der Behandlung – als vorübergehend oder gar unumgänglich anzuerkennen. Selbstverständlich ist kritisches Hinterfragen sinnvoll, aber im Allgemeinen sind wir geneigt, psychiatrische Erkrankungen und deren Behandlung viel skeptischer und emotionaler zu bewerten, als es bei körperlichen Leiden der Fall ist.

¹⁰ Vgl. z.B. Kuhn 2010.

Gängige **pauschale Zuschreibungen** an Eigenschaften gegenüber Betroffenen sind beispielsweise Hilflosigkeit, Hilfebedürftigkeit und Abhängigkeit, wie eine deutsche repräsentative Einstellungsstudie¹¹ zeigt. Nicht selten werden psychische Erkrankungen aber auch mit Willens- und Charakterschwächen assoziiert und damit einer moralischen Bewertung unterzogen. Allerdings gibt es auch Unterschiede in der Bewertung verschiedener Störungsbilder durch die breite Öffentlichkeit. Während etwa Depressionen bei manchen Menschen durchaus Mitgefühl und Empathie auslösen, überwiegen etwa gegenüber der Schizophrenie Unbehagen, Unsicherheit und Angst. Erstaunlich ist aber vor allem die allgemeine Einschätzung der Prognose. Sie fällt für sämtliche Störungen extrem schlecht aus, womit wohl eines der hartnäckigsten Vorurteile benannt ist, nämlich dass psychische Krankheiten unheilbar wären.¹²

Die Sozialpsychiatrie nennt vor allem **drei zentrale Vorurteile**, gegenüber psychischen Störungen:¹³

- **Schuld:** Psychisch kranke Menschen sind selbst schuld an ihrer Erkrankung, die Familie ist schuld.
- **Unheilbarkeit:** Chronischer Verlauf, schlechte Prognose, schlechte Behandlungsmöglichkeiten.
- **Gefahr:** Unberechenbarkeit bzw. Gefährlichkeit psychisch Kranker, Verletzung sozialer Normen.

Was steckt hinter den drei hartnäckigsten Vorurteilen?	
Mythen	Fakten
Schuld	<p>Eine psychische Störung ist keine persönliche Schwäche oder Schuld!</p> <p>Wir sind geprägt von unseren Genen, der Herkunftsfamilie, persönlichen sozialen Erfahrungen sowie Umweltfaktoren. Ebenso komplex sind die Faktoren, die zum Ausbruch einer Erkrankung führen. Für psychische Störungen wird ein Zusammenspiel von neurobiologisch-genetischen, sozialen und psychischen Faktoren angenommen (siehe dazu auch Kapitel 1.3: Ursachen, Entstehung, Verlauf und Behandlung psychischer Störungen). Obwohl bestimmte Faktoren sicherlich beeinflussbar sind, sind es viele andere nicht, daher hat niemand unbegrenzte Kontrolle über Krankheit und Gesundheit – körperlich wie psychisch.</p>
Unheilbarkeit	<p>Psychische Störungen sind gut behandelbar!</p> <p>Genauso wie bei körperlichen Erkrankungen gibt es günstigere und ungünstigere Verläufe sowie bessere und schlechtere Behandlungserfolge. Bei vielen Menschen tritt die Erkrankung nur einmal im Leben auf. Psychische Störungen können durch psychiatrische, psycho-therapeutische und psychosoziale Behandlungsmöglichkeiten geheilt (genau genommen spricht man von Remission (Voll- oder Teilremission), da die Ursachen der Störung zumeist nicht beseitigt werden können) oder erheblich verbessert werden. Auch bei psychischen Erkrankungen gilt, Früherkennung ist wichtig! (Siehe dazu auch Kapitel 1.3 Ursachen, Entstehung, Verlauf und Behandlung psychischer Störungen sowie Kapitel 3: Psychische Störungen: Welche gibt es und wie lassen sie sich beschreiben?).</p>
Gefahr	<p>Psychisch Kranke sind im Allgemeinen nicht gefährlicher als die Durchschnittsbevölkerung!</p> <p>Wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass Menschen mit psychischen Störungen nicht häufiger gewalttätig sind. Dieser weit verbreitete Irrtum ist in erster Linie auf eine Verzerrung der Medienberichterstattung zurückzuführen. Im Gegenteil, sie sind weit häufiger in Gefahr, Opfer von Gewalttaten zu werden, als dass sie selbst welche begehen.</p> <p>Bei schweren psychischen Erkrankungen ist das Risikopotenzial zwar höher, allerdings zeigt eine schwedische Studie, dass nur eine von 20 Gewalttaten durch schwer psychisch Erkrankte begangen wird. Im Umkehrschluss werden also 95 Prozent der Gewaltdelikte von Menschen begangen, die nicht an einer schweren psychischen Störung leiden (Vgl. Fazel / Grann 2006). Die weit größere Gefahr geht also von den so genannten »Normalen« aus.</p>

All diese Vorurteile bewirken, dass Betroffene vielfach automatisch und pauschal unzutreffende Zuschreibungen erhalten, die oft mit großen persönlichen Nachteilen und Diskriminierung einhergehen, wie geringere Arbeitsmarktchancen und soziale Teilhabemöglichkeiten bis hin zu gesellschaftlichen Ausschluss und Isolierung. Für betroffene Personen verdoppelt sich dadurch die Problematik, denn zu den Unannehmlichkeiten und Beeinträchtigungen durch die Störung an sich, kommen die sozial erzeugten noch hinzu. Dieses Phänomen wird auch als

11 Vgl. Angermeyer / Matschinger 2003, zitiert in: Amering 2012, Seite 228f.

12 Vgl. ebenda, Seite 230.

13 Vgl. Amering 2012, Seite 226f.

»zweite Krankheit« bezeichnet. Auf der anderen Seite werden Betroffene zuweilen auch mit dem Vorwurf der Simulation konfrontiert oder ihr Leiden wird nicht ernst genommen, da psychische Störungen bis zu einem gewissen Grad »unsichtbar« sind und selbstverständlich nicht alle Lebensbereiche gleichermaßen beeinträchtigen.

*»Wer nur noch die Schönheit sieht
der geht in die Irre
Wer nur noch die Häßlichkeit sieht
der geht in die Irre
Wer nur noch den Kampf gegen Unrecht sieht
der geht in die Irre«
(Erich Fried)¹⁴*

Nicht selten haben natürlich auch betroffene Personen selbst solche negativen Überzeugungen verinnerlicht. Diese **Selbststigmatisierung** hat enorme Auswirkungen auf die Möglichkeiten des Umgangs mit der Erkrankung. Stigmatisierung ist also nicht nur verletzend und mindert das Selbstwertgefühl, sondern sie verhindert häufig auch eine frühzeitige Behandlung. Die Schwelle, ab der Hilfe gesucht wird, ist eine hohe. Daher erkennen Betroffene ihr Leiden häufig selbst nicht an, versuchen es solange wie möglich zu verbergen oder ziehen sich aus ihrem sozialen Umfeld zurück, was wiederum negative Auswirkungen auf den Verlauf und die Genesungschancen haben kann, bis hin zu Chronifizierung und Suizid.

Entstigmatisierung rettet Leben(-squalität)!

Niemand ist frei von Vorurteilen, zur Entstigmatisierung braucht es nicht nur Wissen und Begegnungen, sondern auch die selbstkritische Reflexion eigener Vorbehalte, Ängste und Vorurteile. Super- und Intervention sowie der interdisziplinäre Austausch können dabei helfen.

1.3 Ursachen, Entstehung, Verlauf und Behandlung psychischer Störungen

1.3.1 Ursachen und Entstehung

Auch wenn sich unser Wissen ständig erweitert, so bleiben psychische Störungen komplexe Krankheitsbilder, deren Zusammenhänge nach wie vor nicht vollständig erfasst sind. Ein Umstand im Übrigen, der auch für viele somatische Krankheiten gilt, wie etwa Krebs oder rheumatische Erkrankungen.

*Psychische Störungen sind das Ergebnis
mehrerer zusammenwirkender Faktoren.*

Unterschiedliche Disziplinen haben in der Vergangenheit in verschiedenen Bereichen nach Antworten gesucht. Intensiv wird momentan auch auf dem Gebiet der Neurowissenschaften geforscht. Trotz einiger Fortschritte und interessanter Erkenntnisse sind messbare Indikatoren, wie etwa über bildgebende Verfahren bzw. biologische

¹⁴ Erich Fried: Auszug aus dem Gedicht »Einige Irrwege« (aus dem Gedichtband »Unverwundenes: Liebe, Trauer, Widersprüche«).

Marker, bis dato (zumeist) nicht verlässlich.¹⁵ Und selbst wenn, bleibt die Frage ob und in welchem Ausmaß daraus psychisches Erleben und Leiden ableitbar ist. Wie auch bei körperlichen Erkrankungen, können Biomarker eine klinische Diagnose absichern oder relativieren, i. d. R. aber nicht ersetzen. Welchen Beitrag Biomarker in Zukunft für die Prävention, Diagnose und Therapie von psychischen Erkrankungen leisten können bleibt also noch abzuwarten.

»Auch wenn neurobiologische Erkenntnisse damit den psychischen Störungen den Nimbus der Unechtheit und Täuschung nehmen können, erlauben sie nicht über die Tatsache hinwegzusehen, dass ein somatisches Korrelat psychischer Störungen nicht per se legitimierend wirkt. (...) Es stellt sich die Frage, ob das subjektive Erleben eines Gedächtnisverlustes oder die Bedrohung durch eine halluzinatorische Stimme wirklicher – und in ihrem Leidensdruck exakter – erkennbar wird, wenn sich in bildgebenden Verfahren neuronale Korrelate erkennen lassen. Der Kategoriensprung vom subjektiven Erleben zum organischen Befund bleibt unauflösbar.«¹⁶

Derzeit ist man daher weitestgehend zur Übereinstimmung gekommen, dass sowohl genetisch-biologische als auch soziale und psychische Faktoren eine Rolle bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen spielen, wobei je nach Störungsbild größere Anteile der einen oder anderen Einflussgrößen angenommen werden.

»Alle einfachen Erklärungsmodelle nach dem Ursache-Wirkungs-Schema: ›Weil das so war, ist dieser Mensch krank geworden.« sind schlichtweg falsch und führen oft zu ungerechten Schuldzuweisungen. Je ohnmächtiger und hilfloser wir uns fühlen, desto stärker ist unser Wunsch nach einfachen Erklärungen und Lösungen. Das Bedürfnis, (...) ist menschlich nachvollziehbar, wird aber der Vielfalt und Komplexität menschlichen Erlebens nicht gerecht.«¹⁷

Für die Praxis haben sich daher jene Modelle von psychischen Störungen als hilfreich erwiesen, die das Zusammenspiel mehrerer Einflussfaktoren berücksichtigen und zudem den prozesshaften Charakter von Gesundheit und Krankheit abbilden. Dadurch ist es möglich, dem Einzelnen und seiner aktuellen Lebenssituation gerecht zu werden und gleichzeitig eine Entwicklungsperspektive einzunehmen. Nicht zuletzt eröffnet die Sichtweise eines breiteren sozialen Kontexts Anregungen für institutionelle und sozialpolitische Handlungsmöglichkeiten.

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell ist eines der bekanntesten mehrdimensionalen Modelle über die Entwicklung psychischer Störungen. Es wurde ursprünglich für das Störungsbild Schizophrenie von Zubin und Spring 1977 entwickelt und in weiterer Folge durch Nuechterlein und Dawson 1984 zum so genannten »Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell« weiterentwickelt.¹⁸

*JedeR ist verwundbar und
niemand ist unendlich belastbar!*

Stark vereinfacht, wird nach diesem Modell eine psychische Störung durch Belastungen ausgelöst, seien es kritische Lebensereignisse¹⁹ oder auch chronische Alltagsbelastungen, die auf eine individuell ausgeprägte Verwund-

¹⁵ Vgl. z.B. Möller/Laux/Kapfhammer (Hg.) 2011.

¹⁶ Resch/Westhoff 2013, Seite 36.

¹⁷ HPE 2008, Seite 21.

¹⁸ Vgl. Hammer/Plöchl 2012.

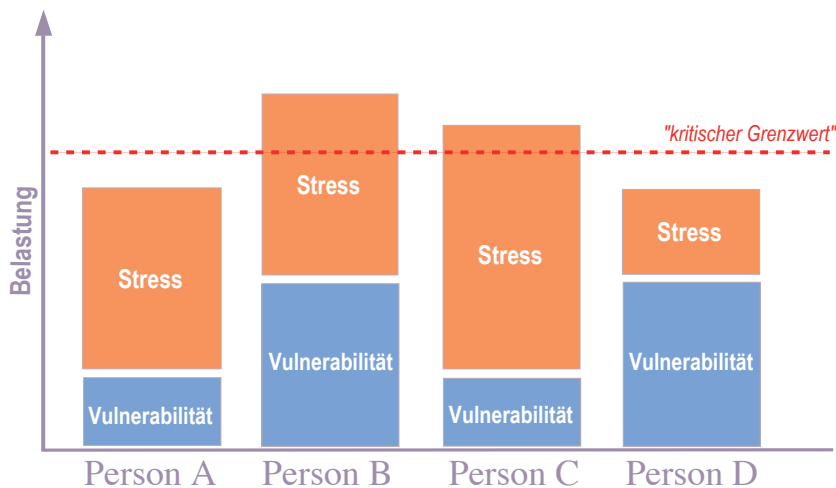
¹⁹ Unter kritischen Lebensereignissen werden Ereignisse verstanden, die unabhängig davon, ob sie im Allgemeinen positiv, negativ oder neutral bewertet werden, nachhaltige Emotionen auslösen und mit Veränderungen einhergehen die Anpassungsleistungen erfordern (z.B. Krankheit, Umzüge, Heirat, Verlust oder Todesfall eines nahestehenden Menschen, Schwangerschaft, Arbeitsplatzverlust, aber auch Urlaube, Pubertät). Vgl. z.B. Hermann, 2015.

barkeit (Vulnerabilität, Anfälligkeit) für bestimmte Erkrankungen einer Person treffen. Die Verwundbarkeit eines Menschen ist durch psychosoziale bzw. lerngeschichtliche Einflüsse entstanden und / oder bereits genetisch veranlagt. Genauso gibt es aber auch schützende Faktoren (z.B. gute soziale Einbindung, guter sozioökonomischer Status, hilfreiche Bewältigungsstrategien, gute kognitive Fähigkeiten etc.).

*»Das Leben lässt sich nicht nur einfach ›leben‹,
viele müssen wir ›bewältigen‹.«²⁰*

Überschreiten die Belastungen jedoch im Zusammenwirken mit der individuellen Vulnerabilität einen kritischen Grenzwert bzw. stehen der Person nicht genügend Ressourcen zur Verfügung, um damit fertig zu werden, entsteht eine psychische Störung. Es müssen also Belastungsfaktoren, eine bestimmte Disposition und nicht mehr ausreichende Bewältigungsmöglichkeiten zusammentreffen damit psychische Störungen entstehen und bestehen bleiben.

Abbildung 1: Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell



Quelle: Nach Zubin und Spring, eigene Darstellung

1.3.2 Verlauf und Behandlung

Häufig treten psychische Krankheiten bereits in jungen Jahren oder sogar in der Kindheit auf, werden aber oft nicht als solche erkannt. Manchmal dauert es Jahre bis sie diagnostiziert und behandelt werden. Sie können schleichend oder akut auftreten und verlaufen episodisch oder chronisch. Bei einigen Menschen tritt eine psychische Störung auch nur einmal im Leben auf.

Der Verlauf kann auch bei gleichlautenden Diagnosen individuell sehr unterschiedlich sein, was Prognosen schwierig macht. Dauer und Ausprägung der Episoden, Symptomkombinationen, die Häufigkeit der Episoden und Anhalten der gesunden Phasen variieren stark.²¹ Entsprechend dem prozesshaften Charakter des Bio-Psycho-Sozialen Krankheitsmodells wird der Verlauf entscheidend durch das Zusammenwirken von körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren beeinflusst.

²⁰ Philipp / Aymanns 2010, Seite 11.

²¹ Vgl. Hammer / Plöchl 2012, Seite 73.

Psychosoziale Stressoren sind also nicht nur mögliche Auslöser sondern tragen auch zu ungünstigen Verläufen bzw. zur Chronifizierung bei. Genauso wie bei körperliche Erkrankungen ist nicht gesagt, dass jemand, der einmal krank war / ist, andauernd beeinträchtigt ist oder dies für den Rest seines Lebens bleibt. Wie für nahezu alle Krankheiten gilt auch, je früher eine Erkrankung erkannt und behandelt wird, desto grösser ist der Behandlungserfolg.

Die Behandlung selbst unterscheidet sich je nach Störungsbild und Schweregrad. Häufig wird eine Kombination aus Psychotherapie und Medikamenten empfohlen. Bei mildereren Verläufen und leichteren Störungen ist aber i. d. R. keine Medikation notwendig. Obwohl eine Psychotherapie vielfach sehr hilfreich und nachhaltig ist, bleibt sie aus verschiedenen Gründen leider allzu oft aus (z.B. Informationsdefizite, Vorurteile, Finanzierbarkeit). Darüber hinaus können aber auch viele andere Angebote (ggf. ergänzend) hilfreich sein, wie z.B. wie Ergotherapie, psychosoziale Beratung und Interventionen, autogenes Training, Lichttherapie, Musiktherapie. Je nach Verlauf sind natürlich auch Anpassungen in der Behandlung sinnvoll und notwendig. Die Behandlung kann stationär, teilstationär, ambulant und mobil erfolgen.

Festzuhalten ist aber auch, dass eine Diagnose an sich, nicht zwingend mit einem »klassischen« Behandlungsbedarf einhergeht, sondern auch andere gesundheitsförderliche Schritte und Veränderungen der Lebenssituation eine Verbesserung bewirken können. Dabei kann »professionelle« Unterstützung anderer Disziplinen sehr hilfreich sein.

Insbesondere die soziale Unterstützung aus dem persönlichen Umfeld leistet einen nicht zu unterschätzenden Beitrag zur Genesung und Krankheitsbewältigung. So sind neben dem engsten Umfeld, Selbsthilfegruppen sehr hilfreich. Dabei hilft nicht nur der Erfahrungsaustausch über die Erkrankung und deren Behandlungs- und Bewältigungsmöglichkeiten, sondern auch in sozialrechtlichen Angelegenheiten.

»Im Gespräch mit Anderen, die in einer sehr ähnlichen Situation sind wie man selbst, kann man nicht nur am Beispiel der anderen lernen, sondern auch die eigenen Probleme aus anderen Perspektiven diskutieren. Dabei öffnen sich neue Möglichkeiten für den Umgang mit den persönlichen Problemen, und zusätzlich kann professionelle Unterstützung gezielter und gewinnbringender genutzt werden.«²²

Psychopharmaka

Kaum jemand ist wohl gerne auf Medikamente angewiesen, schon gar nicht auf lange Sicht. Dennoch wird bei vielen Erkrankungen eine Medikation, auch längerfristig, empfohlen (z.B. bei Bluthochdruck, Rheuma u.v.a.m.). Genauso können auch bei einigen psychischen Erkrankungen Medikamente in unterschiedlicher Anwendungsdauer angezeigt sein. Es ist kein Zeichen persönlicher Niederlage gesundheitlichen Problemen ggf. auch mit medikamentöser Unterstützung zu begegnen.

Psychopharmaka sind Substanzen, die bestimmte Stoffwechselfvorgänge im Gehirn beeinflussen. Im Groben können sieben Gruppen unterschieden werden: Antidepressiva (»Stimmungsaufheller«), Phasenprophylaktika (»Stimmungsstabilisierer«), Neuroleptika (»Antipsychotika«), Hypnotika bzw. Anxiolytika (Schlaf- und Beruhigungsmittel), Antidementiva (zur Behandlung von Demenzen), Psychostimulanzien (antriebsstimulierende Substanzen) und sonstige Psychopharmaka.²³ Darüber hinaus können auch pflanzliche Wirkstoffe wie Baldrian oder Johanniskraut i. d. R. für leichte Befindlichkeitsstörungen eingesetzt werden. Auch bestimmte Nahrungsergänzungsmittel können hilfreich sein, wobei bei gleichzeitiger Einnahme anderer Medikamente unbedingt auf Wechselwirkungen geachtet werden muss. Psychopharmaka bekämpfen primär nur die Symptome von psychischen Erkrankungen, weshalb diese nach dem Absetzen i. d. R. wieder auftreten. Das ist aber kein Spezifikum

²² HPE 2008, Seite 34.

²³ Vgl. z.B. Finzen 2009.

von Psychopharmaka, auch viele Medikamente der somatischen Medizin sind keine »Heilmittel« im engeren Sinne. So kann z.B. eine Schmerztablette wohl den Schmerz lindern, die Ursache der Schmerzen aber meist nicht beseitigen. Es ist daher sinnvoll auch andere begleitende Maßnahmen zu setzen (z.B. Psychotherapie, Veränderung der Lebenssituation).

Wie jedes andere wirksame Medikament haben auch Psychopharmaka erwünschte Wirkungen und unerwünschte Nebenwirkungen bzw. unterschiedliche Nutzen-Risiko-Profile. Mehr noch als bei somatischen Leiden gibt es jedoch große Vorbehalte und Ängste gegenüber einer Medikamenteneinnahme. Entgegen gängiger Befürchtungen machen z.B. die meisten Psychopharmaka (z.B. Antidepressiva) nicht abhängig! Eine der wenigen Ausnahmen sind Benzodiazepine (Schlaf- und Beruhigungsmittel), die nur sehr gezielt und kurzfristig eingesetzt werden sollten.

Medikamente sind weder »Wundermittel« noch »Teufelszeug«.

Eine differenzierte und fundierte Abhandlung über das Für und Wider von Psychopharmaka würde jedoch den Rahmen dieses Handbuchs sprengen. Auch werden sie sowohl in Betroffenen- als auch Fachkreisen sehr kontrovers diskutiert. Letztlich liegt wahrscheinlich die »Wahrheit« irgendwo in der Mitte, sie sind wie alle Medikamente weder »Wundermittel« noch »Teufelszeug«, auch wenn im Einzelfall das eine oder andere zutreffen mag. Neben einer guten Aufklärung über Wirkung und Alternativen, ist vermutlich weder eine überkritische noch eine völlig unkritische Haltung nützlich, wenn es um die individuelle und persönliche Erwägung einer Medikation geht. Abgesehen davon ist das Thema Zwangsbehandlung ein eigener Diskussionspunkt, der ebenfalls in diesem Rahmen nicht seriös behandelt werden kann.

Tabelle 1: Argumente, die für bzw. gegen eine Einnahme von Psychopharmaka sprechen können, aus Sicht Psychiatrie-Erfahrener²⁴

Pro	Kontra
Vermeidung traumatischer Zustände (Ängste, Horror etc.)	Unklare Wirkungsweise
Erhalt der Arbeitsfähigkeit und / oder sozialer Kontakte	Mögliche gesundheitliche Risiken und mangelnde Aufklärung über die Risiken
Vermeidung stationärer Aufenthalte und Zwangsbehandlung bzw. Vermeidung von Auffälligkeit, damit man sein Leben ungestört von Professionellen führen kann.	Zwangsmedikation und eingeschränkte Entscheidungsfreiheit
Krisensteuerung, -überbrückung, -milderung	Mangelhafte Aufklärung über Alternativen aller Art
Gewinn an Lebensqualität	Verlust von Lebensqualität

»Mit Neuroleptika versuche ich mich abzuschirmen, suche Erleichterung, ohne dass ich mein Verständnis der Psychose und auch mein Selbstverständnis deshalb an der Garderobe des Arztes abgeben muss.« (Frau P., Psychose-Erfahrene)²⁵

Psychotherapie

Die Psychotherapie ist ein eigenständiges Behandlungsverfahren für die Behandlung von psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Störungen und Leidenszuständen. Ziel ist es, seelisches Leid zu heilen oder

²⁴ Vgl. Klafki 2005.

²⁵ www.psychotiker.de.

zu lindern, in Lebenskrisen zu helfen, innere und zwischenmenschliche Konflikte zu bewältigen, ungünstige Verhaltensweisen und Einstellungen zu reflektieren und zu ändern, sowie die persönliche Entwicklung und Gesundheit zu fördern. Die Wirksamkeit der Psychotherapie ist durch zahlreiche Studien belegt. Sie wird auch als »Hilfe zur Selbsthilfe« aufgefasst.

Allein die Tatsache, dass jemand eine Psychotherapie in Anspruch nimmt, heißt nicht automatisch, dass diese Person psychisch »krank« ist, oder mit besonders langwierigen Problemen zu kämpfen hat. Eine Psychotherapie kann auch hilfreich sein, um sich selbst besser kennen zu lernen sowie die persönliche Entwicklung, das Selbstwertgefühl und die Lebensqualität zu fördern. Dann ist sie freilich auch keine »Krankenbehandlung«.

Psychotherapien sind keine Standardprozesse.

Es gibt eine Reihe anerkannter psychotherapeutischer Methoden. Dabei gibt es keine besseren und schlechteren, sondern sie unterscheiden sich im Wesentlichen durch ihre zugrundeliegende Theorie und durch bestimmte Methoden die neben dem Gespräch eingesetzt werden (z.B. bestimmte Übungen, kreative Methoden). Zum Teil gibt es auch Unterschiede wie häufig Sitzungen stattfinden und hinsichtlich der Dauer. Im Allgemeinen ist aber nicht festgelegt, wie lange die Behandlung im Rahmen einer Psychotherapie dauert, oder wie häufig Sitzungen stattfinden. Beides variiert je nach Schweregrad der Problemstellung, dem Therapieziel und der Methode. Bei der individuellen Erwägung einer Psychotherapie, kann es hilfreich sein, sich zumindest grob über die verschiedenen Richtungen zu informieren.

In Österreich gibt es derzeit 23 anerkannte Psychotherapiemethoden:

- Analytische Psychologie (AP)
- Autogene Psychotherapie (ATP)
- Daseinsanalyse (DA)
- Dynamische Gruppenpsychotherapie (DG)
- Existenzanalyse (E)
- Existenzanalyse und Logotherapie (EL)
- Gestalttheoretische Psychotherapie (GTP)
- Gruppenpsychoanalyse / Psychoanalytische Psychotherapie (GP)
- Hypnosepsychotherapie (HY)
- Individualpsychologie (IP)
- Integrative Gestalttherapie (IG)
- Integrative Therapie (IT)
- Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP)
- Klientenzentrierte Psychotherapie (KP)
- Konzentrative Bewegungstherapie (KBT)
- Neuro-Linguistische Psychotherapie (NLPT)
- Person(en)zentrierte Psychotherapie (PP)
- Psychoanalyse / Psychoanalytische Psychotherapie (PA)
- Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie (PoP)
- Psychodrama (PD)
- Systemische Familientherapie (SF)
- Transaktionsanalytische Psychotherapie (TA)
- Verhaltenstherapie (VT)

Da man in einer Psychotherapie sehr persönliche Dinge bespricht, ist bei der Wahl vor allem wichtig, dass man ein gutes Gefühl bei der Person des / der PsychotherapeutIn hat. Dass er / sie ein Mensch ist, der einem grundsätzlich sympathisch ist und dem man Vertrauen schenken kann. Die zwischenmenschliche Zusammenarbeit ist

sehr wichtig, damit eine Psychotherapie ihre volle Wirkung entfalten kann. Daher ist es auch empfehlenswert, ggf. mit mehreren PsychotherapeutInnen Erstgespräche zu führen.

Alles was wirkt, hat auch Nebenwirkungen – genauso die Psychotherapie. Daher kann es z.B. Phasen der Symptomverschlechterung geben, partnerschaftliche, familiäre und freundschaftliche Beziehungen können sich zum Guten und Schlechten verändern sowie positive und negative berufliche Veränderungen können auftreten. Solche Veränderungen sollten in der Therapie angesprochen bzw. besprochen werden.²⁶

*»Erinnern das ist vielleicht die qualvollste Art des Vergessens
und vielleicht die freundlichste Art der Linderung dieser Qual.«
(Erich Fried)²⁷*

Wichtig ist auch der Hinweis, dass PsychotherapeutInnen aufgrund des besonderen Vertrauensverhältnisses, einer strengen gesetzlich geregelten Verschwiegenheitspflicht unterliegen. Es dürfen keine anvertrauten Geheimnisse an Dritte weitergegeben werden, auch nicht an Angehörige, ArbeitgeberInnen sowie öffentliche Institutionen (z.B. Behörden, Sozialeinrichtungen). Die Verschwiegenheitspflicht besteht unbefristet, also auch nach Abschluss einer Psychotherapie weiter.²⁸

»Unter »Geheimnissen« sind (wahre und unwahre) Informationen oder Tatsachen zu verstehen, die nur der Trägerin / dem Träger des Geheimnisses oder allenfalls noch einem begrenzten Personenkreis bekannt sind und an denen ein natürliches Interesse der / des Betroffenen besteht, dass diese Außenstehenden nicht bekannt werden. (...) Im Zweifel ist davon auszugehen, dass bereits die Tatsache, dass die Patientin / der Patient in psychotherapeutischer, klinisch-psychologischer, gesundheits-psychologischer oder musiktherapeutischer Behandlung steht, ein zu schützendes Geheimnis ist.«²⁹

1.4 Was ist »gestört«, was ist »normal«?

Die Frage, ob und wann nun aber ein psychischer Zustand als »Störung« zu bezeichnen ist, ist nicht so einfach zu beantworten.

*Die Grenzen zwischen Krankheit und »Normalität«
sind weniger klar, als so mancheR glauben möchte.*

Nach dem salutogenetischen Konzept von Krankheit und Gesundheit, befindet sich jeder Mensch zu einem bestimmten Zeitpunkt an einem immer wieder neu zu bestimmenden Punkt auf einer kontinuierlichen Skala zwischen krank und gesund. Demnach sind Menschen gleichzeitig teilweise gesund und teilweise krank – und einmal krank (gesund) bedeutet nicht immer krank (gesund).³⁰

²⁶ Vgl. für den gesamten Abschnitt die Informationen auf www.psyonline.at, der Website des BMG: Anerkannte psychotherapeutische Methoden in Österreich (www.bmg.gv.at) sowie DUK, 2014 (PatientInneninformation).

²⁷ Erich Fried: Gedicht »Vielleicht« (aus dem Gedichtband »Es ist, was es ist. Liebesgedichte, Angstgedichte, Zorngedichte«).

²⁸ Vgl. §15 Psychotherapiegesetz (www.ris.bka.gv.at) sowie die Information zur Verschwiegenheitspflicht gemäß Musiktherapiegesetz, Psychologengesetz 2013 und Psychotherapiegesetz (www.bmg.gv.at).

²⁹ Vgl. die Information zur Verschwiegenheitspflicht gemäß Musiktherapiegesetz, Psychologengesetz 2013 und Psychotherapiegesetz (www.bmg.gv.at), Seite 3f.

³⁰ »Salutogenese« nach Aaron Antonovsky, bedeutet wörtlich »Gesundheitsentstehung« Der Begriff ist analog bzw. komplementär zum Begriff »Pathogenese«, der Krankheitsentstehung. Dem Modell liegt u. a. die Annahme eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums zugrunde. Antonovsky kritisiert damit die dichotome Trennung in gesund oder krank der Medizin bzw. des medizinischen Versorgungssystems. Vgl. Bengel et al. 2006.

Viele der Symptome, die psychische Störungen kennzeichnen, sind den meisten »gesunden« Menschen nicht unbekannt. Sie waren sicher schon einmal deprimiert, ängstlich, verwirrt, euphorisch, von sich selbst eingenommen oder aber unzufrieden mit sich. Vielleicht haben Sie sogar schon manchmal die eigene Wahrnehmung oder die der anderen in Zweifel gezogen oder sich »auffällig« verhalten.

*Was es heißt, »psychisch krank« zu sein, wissen trotz
Aufklärung und öffentlicher Debatte noch immer Wenige.*

Alle Menschen durchleben auch Phasen, in denen es ihnen psychisch nicht gut geht. Auch starke psychische Reaktionen können eine »normale« und angemessene Reaktion auf bestimmte Lebensereignisse sein (z.B. Trauer, Verliebtheit, Angst) bis hin zu Halluzinationen und wahnhaften Vorstellungen in Extremsituationen (z.B. Vergiftungen, Katastrophen, Schlafentzug). Belastende Lebensereignisse und deren vorübergehende psychische Auswirkungen sind keine Krankheiten, es wäre eher bedenklich, wenn keine Reaktion bemerkbar wäre. Dennoch kann Unterstützung notwendig werden, oder sich daraus ein medizinisch relevantes Leiden entwickeln. Vieles liegt auch in einem Grenzbereich zwischen Befindlichkeitsstörungen, psychosozialen Krisen, psychosomatischen Beschwerden und psychiatrischen Störungen im engeren Sinne.

Letztlich ist jedes psychische Geschehen individuell und im Kontext der Situation bzw. Biografie der jeweiligen Person zu bewerten. Vielfach geht also darum, in welchem Ausmaß grundsätzlich »normale« Emotionen, Eigenschaften, Gedanken und Verhaltensweisen vorhanden sind bzw. inwieweit diese dysfunktional und leidbringend sind.

»Es gehört zu unseren Möglichkeiten, an uns zu zweifeln, andere(s) zu be-zweifeln und dabei auch zu ver-zweifeln, über uns hinaus zu denken und uns dabei zu verlieren.«³¹

Was also durchaus einen Unterschied im Erleben Betroffener ausmacht, sind Häufigkeit, Intensität und Dauer der Gefühle, Gedanken und Reaktionen, oft scheinbar ohne Anlass bzw. situationsunangemessen. Die Stimmung, das Lebensgefühl und die Lebensenergie sind erheblich verändert, und / oder das Denken und die Sinneswahrnehmungen verändern sich auf eine ungewöhnliche, oft bedrohliche, Art und Weise. Das innere Erleben und die Reaktionen der Umwelt passen irgendwie nicht zusammen, die Betroffenen stoßen womöglich auf Unverständnis und / oder es kommt, trotz Anstrengung und scheinbar aus »heiterem Himmel«, wiederholt zu Problemen und Misserfolgen in verschiedenen Lebensbereichen.

Obwohl man Menschen, die an einer psychischen Störung leiden, das nicht zwingend ansieht, wird der Alltag durch die unterschiedlichen Symptome beeinträchtigt oder gar komplett eingenommen. Ein »normaler« Alltag kann oft über längere Strecken nur mit großer Anstrengung und Willenskraft gelebt werden.

*Es ist vielleicht nicht »normal« krank zu sein,
aber es ist »normal« krank (gekränkt) zu werden.*

Psychische Störungen haben jedoch ein breites Spektrum an möglichen Symptomen und Auswirkungen, daher sind Verallgemeinerungen schwer. Manche sind vielleicht milder, aber ihre Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche können dennoch erheblich sein. Umgekehrt ist auch ein weitgehend »normales« Leben trotz schwereren psychischen Störungen möglich.

Je nach Schweregrad sind psychische Erkrankungen sicherlich auch Extrem-Erfahrungen, die kaum spurlos an jemanden vorüber gehen, sozusagen »Narben« hinterlassen. Selbst wenn man sich wieder stabilisiert hat,

³¹ www.irremenschlich.de.

ist zumindest vorübergehend die Angst erneut das seelische Gleichgewicht zu verlieren meist groß. Psychische Erkrankungen machen das Leben im Allgemeinen vielleicht nicht leichter, aber sie verursachen nicht nur Probleme, sondern können auch positive Seiten haben, wie Energie, Risikobereitschaft, Kreativität und Zuwendung. Genauso können sie auch den Anstoß für positive Veränderungen geben, in dem die eigene Person und Bedürfnisse anders und in weiterer Folge vielleicht differenzierter wahrgenommen werden.

Zudem ist nicht alles und jedes was ein/ eine erkrankte Person tut, sagt, denkt oder fühlt im Lichte einer »Störung« zu sehen, vieles davon ist ganz »normal«. Genauso wie auch körperliche Erkrankungen i.d.R. nicht alle Körperfunktionen betreffen.

*JedeR »Gesunde« hat »kranke« Anteile
und jedeR »Kranke« hat »gesunde« Anteile.*

Da Leiden immer auch subjektiv ist und niemand tatsächlich objektive Einblicke in das Erleben anderer hat, und die Übergänge fließend sind, ist es mitunter schwer zu beurteilen, ob etwas noch »normal« oder schon »krankhaft« ist, selbst für Fachleute. Das führt auch zu paradoxen Effekten. So werden mitunter krisenhafte Übergänge im Lebensverlauf und durchaus angemessene emotionale Reaktionen auf bestimmte Lebensereignisse pathologisiert. Umgekehrt leiden manche andere Menschen oft jahrelang, ohne jemals eine angemessene Diagnose und Behandlung zu erhalten. Aus diesem und anderen Gründen sind psychiatrische Diagnosen keine letztgültigen »Wahrheiten« (siehe dazu auch Kapitel 3: Psychische Störungen: Welche gibt es und wie lassen sie sich beschreiben?).

»Die Zuschreibung von Krankheit hat auch wichtige normative Implikationen. Diese reichen von der häufig erwünschten Entbindung von Aufgaben und Pflichten, bis hin zur Rechtfertigung von Maßnahmen gegen den Willen eines Patienten, insbesondere in der Psychiatrie. Insofern ist es kaum verwunderlich, dass der Begriff der Krankheit umstritten ist.«³²

Sowohl für den/ die Einzelne als auch gesellschaftlich gesehen kann es daher weitreichende Bedeutung haben, was als »krank« gilt – positiv wie negativ. Gerade in schwierigen und belastenden Lebenssituationen ist es vor allem wichtig, Menschen im Umgang damit zu unterstützen – und zwar unabhängig davon, ob bereits eine psychische Störung angenommen wird oder nicht.

*»Wer weiß daß er weil er gesund ist
ein besserer Mensch ist
als die kranken Menschen um ihn herum
der ist krank«
(Erich Fried)³³*

ExpertInnenmeinung

Was sollten BeraterInnen und TrainerInnen über psychische Erkrankungen wissen und woran können BeraterInnen und TrainerInnen erkennen, ob KlientInnen an psychischen Problemen leiden?

Grundsätzlich fällt es nicht in den Kompetenz- und Aufgabenbereich von TrainerInnen und BeraterInnen »Gesundheit« und »Krankheit« festzustellen oder gar Diagnosen zu stellen. Dennoch wird auch von Klienten

³² Schramme 2012, Seite 9.

³³ Erich Fried: Auszug aus dem Gedicht »Krank« (aus dem Band »Gedichte«).

tInnenseite häufig kritisiert, dass psychische Probleme oft nicht wahrgenommen werden und/ oder darauf zu wenig Rücksicht genommen wird. Wissen über psychische Belastungen im Allgemeinen und basale Informationen über psychische Erkrankungen im Speziellen, können daher für TrainerInnen und BeraterInnen hilfreich sein.

Auch eigene Berührungängste und Vorurteile sollten daher reflektiert werden. BeraterInnen und TrainerInnen sollten eine positive Einstellung zu psychischen Erkrankungen (kein Stigma, heilbar) entwickeln bzw. vermitteln und Unterstützung anbieten / aufzeigen.

Daher ist eine gute Kenntnis der Angebotslandschaft bzw. möglicher Unterstützungsangebote notwendig, genauso wie die Reflexion des eigenen Arbeitsumfeldes, der eigenen Rolle bzw. des eigenen Auftrags und Anspruchs.

»Das Zusammenspiel der Faktoren, der Rahmen und der Kontext in dem man sich bewegt sollte bekannt sein.«

Verlassen Sie sich bei der Einschätzung möglicher psychischer Belastungen stark auf Ihr Gefühl. Nehmen Sie wahr, wie die Person in Kontakt bzw. in Beziehung geht (verbal, mimisch, körpersprachlich). Vielleicht kommt Ihnen wiederholt etwas »ungewöhnlich« oder sogar »beängstigend« vor, vielleicht denken Sie sich da stimmt etwas nicht, etwas irritiert mich. Fragen Sie ggf. sensibel nach (»Ich habe das Gefühl, dass ...«, »Mir fällt auf, dass ...«). Hinterfragen Sie, wie es Ihnen mit der Person geht und nehmen Sie Ihr eigenes gefühlsmäßiges Erleben wertfrei als Kompass. Thematisieren Sie Ihr eigenes Erleben und geben Sie damit dem Gegenüber die Möglichkeit sich zu positionieren. Die Herausforderungen ergeben sich immer in der Kommunikation, je belasteter Sie selbst und/ oder Ihr Gegenüber ist, desto schwieriger ist zumeist die Situation. Nehmen Sie daher auch die nichtbelastenden, stärkenden Aspekte wahr. Entscheiden Sie auch loszulassen und zu akzeptieren, wenn Grenzen erreicht wurden. Sich selbst zu reflektieren ist eine der wichtigsten Kompetenzen die Sie als BeraterIn, TrainerIn haben.

»Der Druck den Sie möglicherweise haben (z.B. Quoten) sollte kein Parameter für die Beratung sein.«

Als BeraterIn, TrainerIn sollten Sie gut für sich selbst sorgen, nur dann können Sie auch in schwierigen Situationen gute Arbeit leisten. Dabei sollten Sie sich klarmachen, unter welchem Druck Sie stehen, was von Ihnen verlangt wird, und wie realistisch das ist. Wenn Sie diesen Druck unreflektiert an Ihre KlientInnen weitergeben, sind Sie selbst schlecht beraten und die Situation kann eskalieren. Möglicherweise ärgern Sie bestimmte Verhaltensweisen eines Klienten/ einer KlientIn. Nehmen Sie das nicht persönlich. Trennen Sie Verhalten und Person, d.h. Sie müssen das Verhalten nicht gutheißen, aber bleiben Sie der Person gegenüber wertschätzend. Denken Sie daran, dass alles eine Geschichte hat, geben Sie in gewissen Rahmen Raum für diese Geschichte. In diesem Zusammenhang ist auch Supervision sehr wichtig. Dort können die eigenen Sorgen in einem professionellen und geschützten Rahmen bearbeitet werden. Bilden Sie sich auch in Form von Seminaren und Fortbildungen weiter, wenn Sie das Gefühl haben, Sie stoßen bei gewissen KlientInnengruppen oder Themen immer wieder auf Probleme.

Natürlich können auch konkrete Äußerungen ein Hinweis sein, z.B. »Mir geht es schlecht.«, »Ich schlafe schlecht.«, »Ich fühle mich überfordert.« Nehmen Sie diese Aussagen ernst und versuchen Sie die Situation weiter zu klären, die Probleme einzugrenzen, ob und welche Hilfen bereits in Anspruch genommen wurden und welche sinnvoll wären. Direktes Verweisen an PsychiaterInnen oder PsychotherapeutInnen ist heikel. Wird ein Problem klar kommuniziert, können Sie an entsprechende Stellen verweisen. Mitunter ist auch ein vorsichtiges Ansprechen möglich, wenn bereits eine Vertrauensbasis besteht (»Wenn Sie das Gefühl haben, es geht Ihnen nicht gut, haben Sie jemanden, an den/ die Sie sich hinwenden können?«). Ansonsten verweisen Sie eher nicht an »Psychoangebote«. Vielleicht gibt es aber Beratungsstellen die Sie empfehlen

können, um für eine psychische Entlastung ohne Druck, bzw. jenseits der arbeitsbezogenen Klärung zu sorgen (z.B. Männerberatung).

»Da ist nicht immer gleich eine Psychotherapie angesagt. So wie man zum Hausarzt geht, wenn man hin und wieder unklare Bauchschmerzen hat (...) und nicht gleich zum Chirurgen.«

So können Sie z.B. auch nicht Schulden, familiäre Probleme sowie wohnungsbezogene Probleme für die KlientInnen lösen. Sie können aber Verständnis und Mitgefühl zeigen, entsprechende Unterstützungsmöglichkeiten aufzeigen, sowie ein wenig mehr Zeit einräumen, um diese Probleme zu lösen.

»Stellen Sie jedoch nicht an sich den Anspruch, persönliche Probleme der KlientInnen zu lösen, das ist ein Spiel, das Sie nicht gewinnen können. Gehen Sie dabei aber immer mit Augenmaß, Verständnis und Mitgefühl vor, ein gewisses Eingehen ist notwendig, sonst fühlen sich die Betroffenen nur im Kreis geschickt und abgewiesen.«

Haben Sie auch Mut zur Kreativität, weichen Sie auch vom geradlinigen Denken ab und stellen Sie sich kreativ auf das Gegenüber ein.

2 Psychische Krisen und Krisenintervention

Psychosoziale Krisen sind gekennzeichnet durch den Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen oder Lebensumständen konfrontiert ist, die er im Augenblick nicht bewältigen kann. Die Situation übersteigt die Erfahrungen und Fähigkeiten, bisher bewährte Hilfsmittel versagen. Weder wirkungsvolles Handeln noch Rückzug scheinen möglich. Eine psychische Krise kann daher jeden Menschen in jeder Lebensphase betreffen.³⁴ Krisen als solche gehören zum Leben und sind keine Krankheit!

*Krisen sind akute Belastungsreaktionen,
die jeden Menschen
in jeder Lebensphase betreffen können.*

Krisen kommen meist akut, überraschend, mit dem Charakter des Bedrohlichen, sind mit Verlusten und Kränkungen verbunden und stellen Werte und Ziele in Frage. Sie erzeugen starke innerer Gespanntheit und Gefühle wie Hilflosigkeit, Verzweiflung, Versagen und Angst, gleichzeitig besteht ein hoher Druck zur raschen Lösung / Veränderungen / Entscheidungen.³⁵

Eine Krise ist Gefahr und Chance zugleich! Wenn sie rückblickend gesehen ein Anstoß für positive Veränderungen war, zeigt sie ihren Charakter als Chance. Ohne Frage, wären Chancen und positive Veränderungen ohne Krisen wünschenswerter. In außergewöhnlichen Situationen sind aber sicherlich auch außergewöhnliche Kräfte am Werk, die sowohl destruktiv als auch konstruktiv wirken können.

Traumatische Krisen: Traumatische Krisen werden durch plötzlich auftretende Schicksalsschläge ausgelöst, die gemeinhin als belastend angesehen werden (z.B. Verlust oder Tod eines nahestehenden Menschen, Unfall, Krankheit, Trennungen, Missbrauchs- und Gewalterfahrungen, Katastrophen, aber auch Kündigungen).³⁶

Veränderungskrisen: Veränderungskrisen entstehen durch Lebensveränderungen, die Anpassungsleistungen erfordern, die individuell nicht mehr bewältigt werden können. Solche Veränderungen oder Übergänge können sowohl positiv als auch negativ oder neutral bewertet werden, wie z.B. die Pubertät, Hochzeit, Schwangerschaft, Berufswechsel, Pensionierung.³⁷

34 Vgl. Sonnek, 2000, Seite 15.

35 Vgl. Reiter / Strotzka 1977.

36 Vgl. Sonnek 2000, Seite 16.

37 Vgl. Sonnek 2000, Seite 17.

Tabelle 2: Phasen von Traumatischen Krisen³⁸ und Veränderungskrisen³⁹

Traumatische Krisen	Veränderungskrisen
Schock: Zustand der Betäubung oder chaotisch-zielloser Aktivitäten zum Spannungsabbau (z.B. Schreien, Toben, Suizidhandlungen)	Konfrontation: mit der Überforderung durch die Veränderung, Zustand von Spannung und Unbehagen.
Reaktion: Unvermeidliche Konfrontation mit der Realität Gefahren: Chronifizierung, Krankheit, Sucht, Suizidalität	Versagen: Person erlebt sich als VersagerIn, da die Bewältigung / Anpassung nicht gelingt
Bearbeitung: Reflexion der Ereignisse, Zusammenhänge und Folgen, Loslösung vom Trauma	Mobilisierung: Mobilisierung aller Bewältigungsmöglichkeiten, auch ungewohnte (die Bereitschaft, Hilfe anzunehmen ist meist sehr groß); führt entweder zu Lösung, Bewältigung oder Rückzug, Resignation Gefahr: Chronifizierung wenn äußere Hilfsmöglichkeiten unterbleiben oder nicht greifen
Neuorientierung: (Wieder-)Aufbau von Selbstwertgefühl und Beziehungen	Vollbild der Krise: Unerträgliche Spannung weil weder Bewältigung noch Rückzug möglich ist. Zustand innerer »Lähmung« oder zielloser Aktivitäten. Gefahren: Chronifizierung, Krankheit, Sucht (als inadäquates Coping), Suizidalität
	Bearbeitung: Der Veränderung, des Krisenanlasses und der Konsequenzen
	Neuanpassung: Neue Anpassungsstrategien an die veränderten Lebensumstände werden entwickelt
	Veränderungskrisen können in jeder Phase beendet werden, falls der Krisenanlass wegfällt oder Anpassung / Bewältigung gelungen ist.

Psychische Krisen sind manchmal nicht gleich als solche erkennbar. Folgende Merkmale können auf eine psychische Krise hinweisen:⁴⁰

- Starke Gefühle von Angst und Trauer, starke Schwankungen der Gefühlslage.
- Ankündigung von selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten.
- Unruhe und Schlafstörungen.
- Rückzug von sozialen Kontakten bzw. Isolation.
- Sichtbare Verzweiflung, Gefühle der Hoffnungslosigkeit.
- Trotz großer Not kann nur schwer Kontakt zum Gegenüber hergestellt werden.
- Im Gespräch wirken Betroffene abwesend oder verhalten sich ungewöhnlich.
- Aggressionen, ungewöhnliche Gereiztheit.
- Verlust der Kontrolle über die eigenen Handlungen (nicht mehr »Herr« über sich selbst sein).

2.1 Gefahren von Krisen, Suizidalität, psychiatrischer Notfall

Krisen können u.a. zu Kurzschlusshandlungen bis hin zu Gewalt und Suizid führen, Erkrankungen auslösen oder Verschlechtern, zu Verlust von Ausbildungs- und Arbeitsplatz führen, Somatisieren und Chronifizieren. Menschen in Krisen sind per Definition psychisch angegriffen und überfordert. Hilfe sollte daher rasch einsetzen, um die Gefahren von Krisen möglichst gering zu halten.

³⁸ Vgl. Cullberg 1978 bzw. Sonnek 2000, Seite 33f.

³⁹ Vgl. Caplan 1964 bzw. Sonnek 2000, Seite 36f.

⁴⁰ Vgl. www.gesundheit.gv.at: »So leisten Sie Erste Hilfe für die Psyche!«.

Chronifizierte Krisen entstehen, wenn Veränderungskrisen durch Vermeidungsverhalten oder destruktive Bewältigungsmuster gelöst werden oder wenn traumatische Krisen in ihrem natürlichen Verlauf in der Reaktionsphase festgefahren sind, weil keine Bearbeitung stattgefunden hat, sondern schädigende Strategien eingesetzt wurden. Menschen in chronischen Krisen zeigen ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten: Sie scheuen Kontakte, sind misstrauisch und vermeiden insbesondere Anstrengungen, die zu einer Veränderung führen könnten. Ihre Aktivität erschöpft sich häufig in Klagen und Anklagen. Zur subdepressiven Stimmung kommen häufig körperliche Beschwerden (z.B. Kreislaufprobleme, Schwindel, Abgeschlagenheit). Auch durch das Verhalten der Umgebung bleiben die Beschwerden bestehen.⁴¹ Bei chronischen Krisen ist i.d.R. eine Psychotherapie angezeigt. Als BeraterIn können Sie »nur« zur Veränderung ermutigen bzw. die Veränderungsmotivation anregen sowie behutsam auf mögliche Hilfsangebote verweisen.

Menschen in Krisen erscheint manchmal der **Suizid** als (einziger) Ausweg. Liegt akute Selbst- oder Fremdgefährdung vor (Leib und Leben ist in Gefahr), spricht man von einem psychosozialen Notfall, in dem entsprechendes Eingreifen von Seiten der Hilfeleistenden erfolgen muss (Rufen Sie Rettung oder Polizei!). Bei der Einschätzung des Selbstgefährdungspotenzials kann Wissen darüber helfen! Ob Suizidalität besteht, kann aber letztlich nur ein Fachmann / eine Fachfrau entscheiden.

Suizidabsichten müssen immer ernst genommen werden!

Generell gilt: Egal wie oft und konkret jemand von Suizid spricht, es muss immer ernst genommen werden. Nicht selten sprechen Betroffene direkt von ihren Absichten. Aber auch indirekte Formulierungen können bereits Warnhinweise sein. Achten Sie daher auf solche Äußerungen, z.B. »Ich weiß nicht, wie ich so weiterleben soll«, »Ich möchte, dass das alles aufhört.«, »Ich falle jedem zur Last.«, »Ich schaffe das nicht mehr.«, »Mein ganzes Leben ist sinnlos geworden.«, »Manchmal möchte ich nur noch schlafen.«, »Wenn ich meinen Glauben nicht hätte, hätte ich schon längst aufgegeben.«, »Ich will einfach Ruhe haben, nichts mehr hören und sehen.«⁴² Entgegen der Befürchtung vieler Menschen, dass ein offenes Gespräch über Selbstmordabsichten diese erst auslöst oder noch bestärken könnte, hilft es den betroffenen Personen mit jemandem darüber reden zu können. Suizidabsichten sind ein Aspekt des menschlichen Lebens, so belastend sie auch sind. Wenn Sie den Eindruck haben, eine Person könnte Suizidgedanken oder Suizidabsichten haben: Trauen Sie sich, das Thema »Suizid bzw. Todeswunsch« anzusprechen und nachzufragen.

Zudem gibt es Risikogruppen mit erhöhter Suizidgefährdung, das sind v.a. Menschen die Alkohol-, Medikamenten- und / oder Drogenabhängig sind, Personen, die an einer Depression / affektiven Störung leiden, sowie alte und vereinsamte Menschen.⁴³

Das präsuizidale Syndrom: Erwin Ringel (1953) beschreibt, wie sich in Krisen, durch das Zusammenspiel von drei Aspekten, die Lage so zuspitzen kann, dass schließlich der Suizid als einzige Alternative übrig zu bleiben scheint. Diese Merkmale sind:

1	(Reale und gefühlte) Einengung der Möglichkeiten, der Gefühlswelt, der sozialen Beziehungen, der Werte
2	Gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression
3	Selbsttötungsphantasien (aktiv, passiv-aufdrängend)

Je stärker Einengung, Aggressionsumkehr und Suizidphantasien ausgeprägt sind, desto höher ist die Suizidgefahr.

⁴¹ Vgl. Sonnek 2000, Seite 38.

⁴² Hammer / Plöchl 2012, Seite 242, zitiert nach Eink / Haltenhof 2009.

⁴³ Vgl. www.gesundheit.gv.at: »Suizidgefahr erkennen«.

Ad 1) Einengung

Situative Einengung (Einengung der persönlichen Möglichkeiten): Gefühl der Ausweglosigkeit / Perspektivlosigkeit. Die Lebensumstände werden als so schwierig, bedrohlich und unveränderbar erlebt, dass man sich demgegenüber hilflos, ausgeliefert und ohnmächtig fühlt.

Dynamische Einengung (Einengung der Gefühlswelt): Stimmung, Gedanken und Vorstellungen sind nur noch negativ gefärbt, alles wird durch die »schwarze Brille« gesehen. Es kommt zu Verzweiflung, Minderwertigkeitsgefühlen, Angst und Panik oder zu einer unheimlichen Ruhe (zumindest nach außen hin).

Einengung der zwischenmenschlichen Beziehungen: Ein Teufelskreis aus Gefühlen von Anderen verlassen und unverstanden zu sein (»Die können mir auch nicht helfen.«), sozialem Rückzug der Betroffenen und Distanzierung der Umwelt, führt bis zu Einsamkeit und Isolation.

Einengung der Werte: Zunehmend entsteht Interessenlosigkeit, Gleichgültigkeit, Langeweile und Leere durch Entwertung verschiedener Lebensbereiche. Sie verlieren ihren »Wert«, werden unwichtig. Was früher Spaß gemacht hat, bedeutet plötzlich nichts mehr. Es gibt nichts mehr, wofür es sich einzusetzen lohnt. Die daraus folgende Vernachlässigung dieser Lebensbereiche untergräbt und zerstört das Selbstwertgefühl weiter. Die gefühlsmäßige Außenseiterposition verstärkt sich.

Ad 2) Aggressionsumkehr

Jeder Suizid ist ein aggressiver Akt, daher muss auch ein starkes Aggressionspotenzial vorhanden sein. Da aber eine Abreaktion der Aggression unterdrückt oder behindert wird, richtet sie sich schließlich gegen sich selbst.

Ad 3) Selbsttötungsphantasien

Intensive gedankliche Beschäftigung mit der Selbsttötung. Zunächst aktiv herbeigeführt wirkt sie entlastend – wie eine gedankliche Flucht. Später beginnen sich die Suizidgedanken aber zu verselbständigen, sie drängen sich ungewollt in die Gedanken, verfolgen die Person und entwickeln sich zur Qual. Sich aufdrängende Suizidgedanken sind bedrohlicher als aktiv herbeigeführte.⁴⁴

*Die Kombination von Suizidgedanken
und gefühlsmäßiger Einengung
ist ein deutlicher Hinweis auf Suizidalität.⁴⁵*

Die **suizidale Entwicklung** kann nach Pöldinger (1986) in drei Phasen beschrieben werden:⁴⁶

- 1) **Erwägung (Möglichkeit):** Selbsttötung wird als eine mögliche Problemlösung in Betracht gezogen.
- 2) **Ambivalenz (Ja und Nein):** Kräfte ringen für und wider den Tod. Direkte (oder indirekte) Suizidankündigungen werden geäußert. Sie sind als Hilferuf und Appell zu verstehen.
- 3) **Entschluss (Ja):** Die Person wirkt plötzlich ruhiger (ACHTUNG: Es sieht nach einer Besserung des Zustandes aus, »Ruhe nach dem Sturm«). Die Ruhe muss hinterfragt werden!

⁴⁴ Vgl. Ringel 1953 sowie Sonnek 2000.

⁴⁵ Ebenda.

⁴⁶ Vgl. Hammer / Plöchl 2012, Seite 244, zitiert nach Pöldinger 1986.

Tabelle 3: Klischees und Fakten über Suizid⁴⁷

Klischee	Fakten
Wer vom Suizid spricht, tut es nicht. (Nach dem Motto »Bellende Hunde beißen nicht.«)	80 Prozent der Menschen, die einen Suizid unternehmen, kündigen diesen vorher an und geben damit ihrer Umwelt eine Chance, ihnen zu helfen.
Wer sich wirklich umbringen will, ist nicht aufzuhalten.	Die meisten Suizide werden im Rahmen von Krisen durchgeführt; eine entsprechende Krisenbewältigung kann den Suizid verhindern.
Wer es einmal versucht hat, versucht es immer wieder.	Rund 80 Prozent aller Suizidversuche sind einmalige Ereignisse im Leben der jeweils Betroffenen.
Ein Suizidversuch ist nur Erpressung.	Zweifellos setzt ein Suizidversuch die Umgebung unter Druck. Das unterstreicht aber nur, wie groß das Anliegen des / der Betroffenen ist, seine / ihre Not der Umwelt mitzuteilen.
Nur wer es »ernsthaft« versucht hat, ist weiterhin suizidgefährdet.	Die individuelle Suizidgefährdung hängt nicht mit dem Ausmaß der Lebensbedrohung durch den Suizidversuch zusammen, sondern muss jedes Mal neu eingeschätzt und beachtet werden.
Wenn man jemanden auf Suizidgedanken und -pläne hin anspricht, bringt man ihn erst auf die Idee, sich umzubringen.	Die Möglichkeit, Suizidgedanken mit jemandem besprechen zu können, bringt für den Betroffenen meist eine erhebliche Entlastung und lockert die suizidale Einengung.
Suizid ist »vererbbar«.	Es gibt Lern- und Imitationseffekte sowie eine genetische Vulnerabilität. In jedem Fall besteht jedoch eine persönliche suizidale Entwicklung, die angemessene Hilfe erfordert.
In besonders »schlechten (bzw. besonders guten) Zeiten« ist die Suizidrate besonders hoch.	Nicht die »objektiv« schlechte oder gute Situation ist ausschlaggebend, sondern die Veränderung, sowohl vom »Guten« zum »Schlechten« als auch umgekehrt.
Zu Weihnachten und zu Neujahr sowie an grauen Novembertagen sind die meisten Suizide zu verzeichnen.	In der Suizidhäufigkeit ist ein signifikanter Gipfel im Frühjahr und ein kleinerer Gipfel im Spätherbst nachgewiesen. Nach Feiertagen besteht eine gewisse Häufung von Krisen.
Auf dem Land ist die Suizidrate wesentlich geringer als in der Stadt.	Bezüglich der Suizidrate gibt es innerhalb eines Landes sehr starke regionale Unterschiede, diese sind jedoch zumeist zu Ungunsten ländlicher Regionen.

Quelle: Sonneck 2013

2.2 Krisenbewältigung und -intervention

»Krisenbewältigung umfasst alle Handlungen und Aktivitäten, die dem Betroffenen bei der Bewältigung seiner aktuellen Schwierigkeiten helfen und seine innere Anspannung verringern. Dazu zählen emotionale Unterstützung und Gespräche sowie praktische und materielle Hilfeleistungen aller Art. Wichtig ist die rasch einsetzende Entlastung.«⁴⁸ Die wichtigste Hilfe in Krisensituationen ist es, wenn jemand da ist, der die Schwierigkeiten und Gefühle ernst nimmt, sich Zeit nimmt, Interesse zeigt, aufmerksam zuhört und damit die Gelegenheit gibt, sich darüber auszusprechen.⁴⁹

⁴⁷ Vgl. Sonneck 2013, Seite 256.

⁴⁸ Hausmann 2010, Seite 22.

⁴⁹ Vgl. Sonnek 2000, Seite 64.

*Zuwendung ist psychische erste Hilfe!
»Reden ist Silber, Schweigen macht krank.«*

Eine Krisenintervention ist die Unterstützung der Selbsthilfefähigkeiten der betroffenen Person, **die Ziele der Krisenintervention** können daher wie folgt zusammengefasst werden:⁵⁰

- **Körperlich:** Gesundheit erhalten bzw. wiederherstellen, Überleben sichern
- **Emotional:** Entlastung ermöglichen (z.B. Gefühlsäußerungen)
- **Gedanklich:** Verarbeitung unterstützen, Reflexion der Ursachen, Zusammenhänge und Folgen
- **Verhaltensbezogen:** Unterstützung bei der Entwicklung von konstruktiven Bewältigungs- bzw. Anpassungsmöglichkeiten
- **Sozial:** Erhalt bzw. Wiederaufbau der sozialen Ressourcen unterstützen

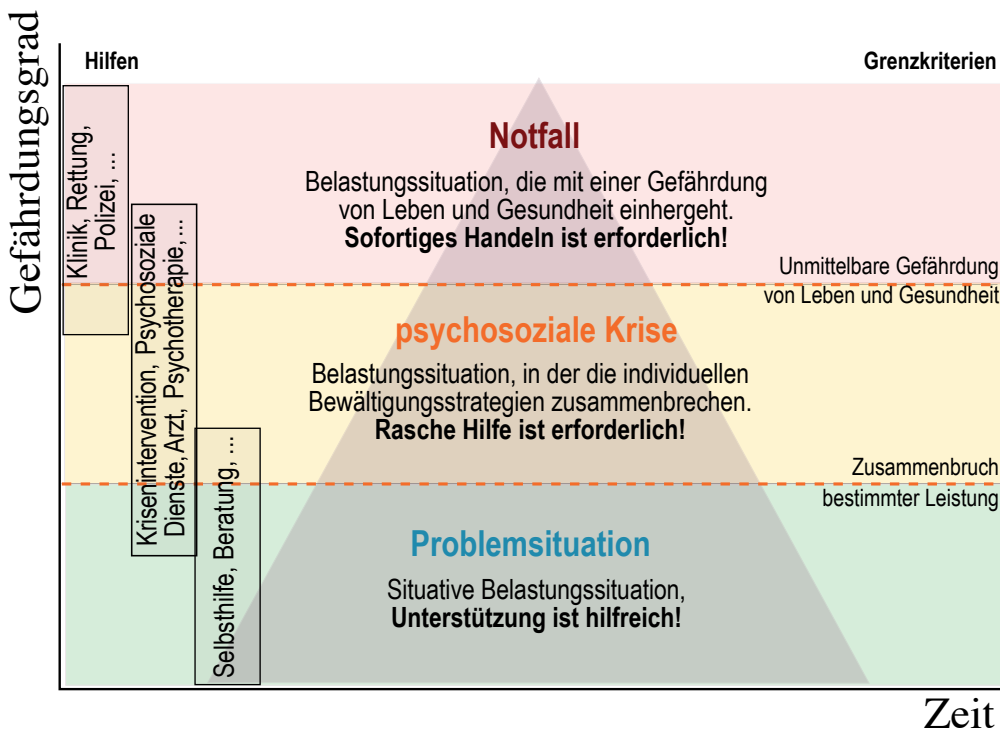
Das **Interventionskonzept BELLA** nach Sonneck: Eine praktische Anleitung für die Arbeit mit Klienten in Krisensituationen.

Interventionskonzept BELLA	
B	<p>Beziehung aufbauen</p> <p>Gesprächs- und Hilfsbereitschaft signalisieren, GesprächspartnerIn ernst nehmen!</p> <p>→ »Ich habe den Eindruck, es geht Ihnen nicht gut ...«, »Sie sind sehr aufgewühlt, ist Ihnen etwas passiert?«, »Ich sehe es fällt Ihnen schwer darüber zu reden!«, »Ich verstehe«, ...</p>
E	<p>Erfassen der Situation</p> <p>Zuhören, Situation erfassen. Was bedeutet die Situation für den/ die GesprächspartnerIn? Anlass und Ausmaß der Krise, mögliche Suizidalität erfassen.</p> <p>→ Z.B.: »Seit wann besteht dieses Problem und seit wann ist es so schlimm wie jetzt?« »Was befürchten Sie, könnte deshalb passieren?« etc.</p>
L	<p>Linderung von Symptomen</p> <p>Entlasten, Gefühle ausdrücken lassen, emotionalen Druck abbauen.</p> <p>→ Z.B.: »In so einer Situation ist es verständlich wenn Sie, ... wütend, ... ängstlich, ... traurig ... sind«, »Sie haben das Gefühl, dass ...«, »Weinen Sie ruhig, wenn Ihnen danach ist.« etc.</p>
L	<p>Leute einbeziehen, die unterstützen</p> <p>Hilfreiche Personen aus dem sozialen finden und aktivieren, Fachkräfte vermitteln, ermutigen!</p> <p>→ Z.B.: »Haben Sie schon mit jemanden darüber gesprochen?«, »Haben Sie jemanden, mit dem Sie sprechen können?« »Wen hätten Sie jetzt gerne um sich?«, »Wer könnte Ihnen aktuell helfen?«, »Ich kann Ihnen ... empfehlen ... einen Termin ausmachen ...« etc.</p>
A	<p>Ansatz zur Problembewältigung</p> <p>Auswege aus der Krise suchen, mögliche Wege finden, praktische Hilfen aufzeigen, Widersprüche bearbeiten</p> <p>→ »Was haben Sie bisher unternommen, ...?«, »Was tun Sie üblicherweise um sich abreagieren, ... zur Ruhe zu kommen, ... sich zu entspannen, ... neue Kraft zu schöpfen?«, »Was würden Sie denn gerne später, morgen oder in einem Monat oder in einem Jahr über diese Situation denken?«, »Sie sagen einerseits, dass ..., andererseits meinen Sie ...«, »Was würden Sie zu einem Freund sagen, der sich in einer ähnlichen Situation wie Sie jetzt befindet?« etc.</p>

Besteht akute Suizid- oder Fremdgefährdung, ist also Leib und Leben in Gefahr, handelt es sich um einen Notfall (siehe Abbildung 2). Eine entsprechende Notfallintervention wird notwendig (wenn es sich nicht vermeiden lässt, auch gegen den Willen der betroffenen Person).

⁵⁰ Vgl. Hausmann/ Bogyi 2011, Seite 60.

Abbildung 2: Gefährdungsgrade



Adaptiert nach Häfner / Helmchen 1978A

Tabelle 4: Dos and Don'ts in der Krise

Dos	Don'ts
<ul style="list-style-type: none"> • Im Zweifel Ansprechen (»Ich habe den Eindruck, es geht Ihnen nicht gut ...«) • Lassen Sie sich die Situation schildern • Hören Sie aufmerksam und einfühlsam zu • Vermitteln Sie, dass Sie die Person und ihre Schwierigkeiten ernst nehmen und zeigen Sie Verständnis für die mitgeteilten Gefühle von Ausweglosigkeit und Verzweiflung; signalisieren Sie Mitgefühl und ggf. Sorge • Erlauben Sie Gefühlsäußerungen Außerordentliche Gefühle sind »eine übliche Reaktion auf ein nicht-übliches Ereignis«, Lassen Sie Weinen und (im Rahmen) auch den Ausdruck von Ärger und Wut zu • Fragen Sie nach, um die Situation besser zu verstehen und um das Gefährdungspotenzial einschätzen zu können (»Seit wann genau geht es Ihnen so schlecht?«, »Wie äußert sich das?«) • Überlegen Sie gemeinsam was entlastend bzw. hilfreich sein könnte – übernehmen Sie stellvertretende Hoffnung ohne die Probleme herunterzuspielen • Fragen Sie, wie Sie behilflich sein können und geben Sie nützliche Informationen zu sozialrechtlichen Ansprüchen und Hilfen, die (unmittelbar) entlastend sein können • Beziehen Sie Personen ein, die unterstützen können (»Wer kann Ihnen in dieser Zeit beistehen?«, »Wen hätten Sie jetzt gerne um sich?«) • Ermutigen Sie dazu, professionelle Hilfe aufzusuchen, das ist angesichts der Umstände kein Zeichen von Schwäche. Unterstützen Sie, wenn notwendig, bei der Organisation von Hilfen oder leiten Sie erste Schritte ein • Achten Sie auf direkte und indirekte Suizidäußerungen und sprechen Sie ggf. darüber • Holen Sie im Notfall sofort Hilfe und lassen Sie betroffene Menschen nicht allein! 	<ul style="list-style-type: none"> • Hauptsächlich selbst reden, oder die Person ausfragen • Bagatellisieren, das Problem herunterspielen (»das ist ja alles nicht so schlimm«) • Allgemeinplätze und vorschnelles Trösten (»So ist das Leben«, »Jeder hat so seine Probleme!« »Wird schon wieder«) • Romantisieren, vorschnell positive Seiten einer Situation aufzeigen • Moralisieren (»Reißen Sie sich zusammen«) • Belehrungen (»Das sehen Sie falsch«, »Also generell gilt ...«) • Ratschläge (»Warum machen Sie nicht einfach ...«) • Vorwürfe machen und Schuldgefühle verstärken (»Was haben Sie sich dabei eigentlich gedacht?«) • Leere Versprechungen (»Ich bin immer für Sie da!«) • Besserwisserei (»Ich hab's Ihnen doch gleich gesagt!«) • Dramatisieren (»Wissen Sie eigentlich, was Sie anderen damit antun?«) • Vergleiche anstellen (»Anderen geht es noch schlechter«) • Blinden Aktionismus, vorschnell Veränderungsmöglichkeiten oder Aktivitäten entwickeln

Bedenken Sie stets: Sicherlich sind manche Krisenanlässe vor dem eigenen Erfahrungshintergrund, nachvollziehbarer, manche weniger. Manchmal ist ein konkreter Anlass auch nur die Spitze des Eisbergs. Versuchen Sie die Zusammenhänge der Krise zu verstehen, lassen Sie sich aber nicht von Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit anstecken.

Scheuen Sie nicht davor zurück Hilfe hinzuzuziehen, wenn Sie überfordert sind (erfahrene KollegInnen, professionelle Krisenhelfer, psychosoziale Dienste) oder wenn es sich um einen Notfall handelt (Rettung, Polizei). Besprechen Sie das aber mit dem / der Betroffenen bzw. begründen und kündigen Sie ihr Vorgehen an.

»Krisenbegleitung heißt nicht, dass der Begleiter das Erleben teilt, sondern dass er den Betroffenen in seinen Ängsten und Nöten sieht und versteht.«⁵¹

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind i. d. R. krisenanfälliger bzw. können leichter das seelische Gleichgewicht durch kritische Ereignisse und Veränderungen verlieren. Eine Krise kann dann zu einer Verschlechterung führen oder eine neue Krankheitsepisode auslösen (vgl. auch Kapitel 1.3: Ursachen, Entstehung, Verlauf und Behandlung psychischer Störungen).

Vor diesem Hintergrund ist es im Umgang mit psychisch angegriffenen oder erkrankten Menschen wichtig, abzuschätzen, wie belastbar sie aktuell sind. Denken Sie daran das für psychisch belastete und erkrankte Personen, Entscheidungen, Veränderungen, drohende Sanktionen, Enttäuschungen etc. destabilisierend wirken können. Vermeiden Sie generell unnötigen Druck und achten Sie auf Transparenz. Menschen in Krisen finden hilfreich:⁵²

- Ruhe, Geduld und Zeit.
- Menschliche Wärme, Einfühlungsvermögen, Verständnis.
- Achtung und Respekt vor der eigenen Gefühlssituation.
- Ehrlichkeit, Transparenz, Wertschätzung.
- Übersicht über das Chaos, d.h. jemand, der von außen auf die Situation schaut.
- Lösungsmöglichkeiten in kleinen Schritten.
- Halt ohne Druck.
- Konkrete Hilfen, z.B. Übernahme von Telefonaten, Begleitung zu professionellen HelferInnen.
- Schnell verfügbare professionelle HelferInnen, die auch nach Hause kommen.

⁵¹ Dahm-Mory / Schreyer 2015, Seite 18

⁵² Vgl. Straub / Chuonyo 2012, Seite 33.

3 Psychische Störungen: Welche gibt es, und wie lassen sie sich beschreiben?

Die Diagnose psychischer Krankheiten ist komplex und setzt fundierte psychiatrische Kenntnisse und Erfahrung voraus. Eine klinische Diagnose kann daher nur von einem / einer erfahrenen (Fach-)Arzt / Ärztin, Psychotherapeuten / Psychotherapeutin sowie Klinischen Psychologen / Psychologin gestellt werden (siehe dazu auch Kapitel 9: Die »Psycho«-Berufsgruppen). Die Erläuterungen sind daher keinerlei Aufforderung an Sie, selbst Diagnosen zu stellen, sondern dazu gedacht, eine informierte Sensibilität für die Vielfalt »gestörter« psychischen Erlebens und den Umgang damit (weiter) zu entwickeln.

Psychische Störungen sind syndromale Diagnosen, das heißt aus einer Menge an Symptomen (Krankheitszeichen) muss ein definiertes Muster bzw. typische Symptomkonstellationen (Syndrom) erkennbar sein, damit eine konkrete Störung diagnostiziert werden kann. Liegt ein bestimmtes Syndrom vor, müssen jedoch noch weitere Ein- und Ausschlusskriterien geprüft werden, um zu entscheiden, ob damit die Kriterien einer Diagnose erfüllt werden (z.B. Zeit- und Verlaufskriterien, Substanzeinflüsse).

Diagnosen von psychischen Erkrankungen sind »Prototypen«.

Darüber hinaus sind Diagnosen von psychischen Erkrankungen »prototypisch« zu verstehen, die sich in der Praxis häufig überschneiden. Es ist daher keine Seltenheit, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht nur eine Diagnose, sondern mehrere erhalten. Diese Doppel- oder Mehrfachdiagnosen werden auch »Komorbidität« genannt, es treffen also zeitlich überschneidend, mehrere abgrenzbare Diagnosen auf die Beschwerden ein und derselben Person zu (z.B. Alkoholabhängigkeit und depressive Episode). Liegen auch noch somatische Erkrankungen vor spricht man von »Multimorbidität«.

Abgesehen vom Wesen der klassifikatorischen Einteilung, die zu mehreren Diagnosen führt, bestehen verschiedene Annahmen über den Zusammenhang gleichzeitig bestehender Erkrankungen. So kann es sein, dass es nur Zufall ist, dass Erkrankungen gemeinsam auftreten oder dass sie in einem Zusammenhang bzw. in Wechselwirkung stehen, z.B.: Durch eine psychische Belastung greift man zu Alkohol oder Drogen zur kurzfristigen Symptomlinderung – es entwickelt sich eine Abhängigkeit. Umgekehrt können Alkohol- und Drogenmissbrauch die Entwicklung psychischer Erkrankungen begünstigen. Die psychische Erkrankung wiederum, kann zum weiteren Substanzkonsum im Sinne einer »Selbstmedikation« veranlassen.

Es gibt auch Vorbehalte gegenüber der psychiatrischen Diagnostik, sowohl in Fachkreisen als auch in der Gesellschaft und nicht zuletzt bei den Betroffenen. Doch wer Hilfe sucht, möchte in der Regel wissen, woran er / sie ist, um die Beschwerden einordnen zu können und sich darüber zu informieren. Die richtige Diagnose kann entlastend wirken und ist zudem die entscheidende Voraussetzung für eine adäquate Therapie. Gleichzei-

tig können psychiatrische Diagnosen aber auch beunruhigen. Man erhält sozusagen ein Etikett, das vielleicht dauerhaft anhaftet und mit Diskriminierung und/oder persönlichen Nachteilen einhergehen kann. Abgesehen davon erfährt wohl niemand gerne, dass er unter einer womöglich chronischen Krankheit (Störung) leidet. Durch die möglichen positiven und negativen Konsequenzen, sollte jedenfalls mit psychiatrischen Diagnosen sorgsam umgegangen werden.

Bei einer Diagnosestellung steht immer auch die Frage im Raum, wer für wen, wann und wozu eine Zuordnung zur Kategorie »krank« oder »nicht krank« tätigt, und welche Konsequenzen für die betreffende Person konkret daraus folgen.

Diagnosen sind keine »Wahrheiten« und haben Vor- und Nachteile.

Unter dem pragmatischen Gesichtspunkt, dass erst durch eine entsprechende Zuordnung staatlich finanzierte Hilfe in Anspruch genommen werden kann, ist es sinnvoll, die Diagnose einer psychischen Störung als eine Art Arbeitshypothese zu betrachten. Sie dient als Werkzeug, Unterstützung zu aktivieren, und als Handlungsanleitung für eine adäquate Behandlung. Die Diagnose ist dabei keine »Wahrheit« oder »endgültige Schlussfolgerung«. Eine solche, für Revidierung durch neue Erkenntnisse und Entwicklungen offene Handhabung von Diagnosen schützt Betroffene vor falscher Versorgung und ebnet den Weg für eine bedarfsgerechte, individuelle Therapie. »Diagnosen dürfen nicht dazu verführen, nur noch eine allgemeine Krankheit und nicht mehr einen unverwechselbaren Menschen zu behandeln.«⁵³

Die sehr große Bandbreite an psychischen Störungen wird z.B. bei einem Blick in die gängigen Klassifikationssysteme deutlich. Sie sind ein »Werkzeug« zur Diagnosestellung bzw. deren Objektivierung. Die bekanntesten Diagnosesysteme sind ICD und DSM:

1. Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD), herausgegeben von der WHO (World Health Organisation).⁵⁴
2. Das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM), herausgegeben von der American Psychiatric Association (APA)

Während im ICD sowohl somatische als auch psychische Erkrankungen enthalten sind, ist das DSM ausschließlich für psychische Störungen vorgesehen. Dementsprechend sind die Erläuterungen bzw. diagnostischen Kriterien im DSM umfassender.

Beide Diagnosesysteme ordnen psychische Krankheiten nach ihren Symptomen, sie beschreiben ihr Erscheinungsbild und machen keine Aussage über die Ursache einer Erkrankung. Die Definitionen und Beschreibungen sind wissenschaftlich fundiert bzw. das Ergebnis eines Konsens zwischen den führenden Experten auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie. Sie sind in ihren Versionen bzw. Weiterentwicklungen in gewisser Hinsicht auch ein Spiegel der Sichtweisen zu Krankheiten bzw. psychischen Störungen ihrer Zeit und gesellschaftlich geprägt.

Die nachfolgenden Erläuterungen zu verschiedenen ausgewählten Diagnosegruppen und Störungsbildern orientieren sich nach dem ICD-10, Kapitel V (Psychische und Verhaltensstörungen), da nach diesem im Rahmen der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung in Österreich kodiert wird.⁵⁵ Jedes Kapitel ist durch

⁵³ Bock. et al. (Hg.) 2009, Seite 13.

⁵⁴ Derzeit aktuell ist die 10. Revision des ICD-10, für die 11. Revision liegt bereits eine Beta-Version vor. Beide Versionen sind vollständig und kostenlos auf der Website des DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, www.dimdi.de) verfügbar.

⁵⁵ Für die offizielle Diagnosenverschlüsselung wird in Österreich derzeit die spezifische Version ICD-10 BMG 2013 verwendet, verfügbar über die Website des Bundesministerium für Gesundheit (BMG): www.bmg.gv.at.

einen Code gekennzeichnet, der mit einem oder mehreren definierten Buchstaben charakterisiert ist (Psychische Erkrankungen sind durch F-Codes gekennzeichnet). Danach folgen Ziffern, womit jedes Kapitel in Diagnosegruppen, Kategorien und Subkategorien gegliedert wird (Beispiel: F30-F39 Affektive Störungen, F32 Depressive Episode, F32.0 Leichte depressive Episode).

Tabelle 5: Überblick Diagnosegruppen Psychische und Verhaltensstörungen nach ICD-10

F00–F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (z.B. Demenzen)
F10–F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20–F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30–F39	Affektive Störungen (z.B. Bipolare Störungen, Depressionen)
F40–F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (z.B. Phobien, Zwangsstörungen, Traumata, »psychosomatische« Störungen)
F50–F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (z.B. Essstörungen, Schlafstörungen)
F60–F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (inkl. Störungen der Geschlechtsidentität und der Sexualpräferenzen)
F70–F79	Intelligenzminderung
F80–F89	Entwicklungsstörungen (inkl. Störungen aus dem Autismusspektrum)
F90–F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (inkl. ADHS, Störungen des Sozialverhaltens, Tics)
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Abschließend sei nochmals festgehalten, dass solche Einteilungen als Richtschnur zu verstehen sind. Menschen können nicht auf bestimmte Krankheitsbilder und Symptome reduziert werden. Wie bereits eingehend diskutiert, ist die Abgrenzung zwischen »normal« und »krank« keine einfache. Man sollte daher auch als interessierter Laie aufpassen, Menschen nicht in diagnostische Schubladen zu stecken. Dementsprechend sind auch die Hinweise zum Umgang mit spezifisch erkrankten Personen nur als Anhaltspunkte zu verstehen. Sie können u.U. nützlich sein, wenn Diagnosen bekannt sind. Es empfinden auch nicht alle erkälteten Menschen gleich, wobei sich wahrscheinlich viele Erkältete über einen heißen Tee und ein wenig Fürsorge freuen würden.

3.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Unter psychotropen oder psychoaktiven Substanzen versteht man Stoffe, die die Psyche oder das Bewusstsein eines Menschen beeinflussen können. Hierbei kann es sich z.B. um Nahrungs- bzw. Genussmittel, Gifte, Gase und / oder Medikamente handeln. Die psychotropen Substanzen mit der größten Bedeutung sind Alkohol, Beruhigungsmittel, Opioide (etwa Heroin), Psychostimulanzien (etwa Kokain), Nikotin, Cannabis, Halluzinogene (etwa LSD) und »Schnüffelstoffe«.⁵⁶

Nicht in diese Diagnosegruppe fallen nicht-stoffgebundene Süchte bzw. Verhaltenssüchte (wie etwa »Pathologisches Spielen«).⁵⁷

⁵⁶ Vgl. Köhler 2000.

⁵⁷ Diese sind in Abschnitt F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, unter Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle, verortet.

Tabelle 6: Abhängigkeit erzeugende psychotrope Substanzen

Substanzgruppe	Vertreter
Opioide	Heroin, Morphin, Codein
Alkohole	Ethanol
Sedativa und Hypnotika (Schlaf- und Beruhigungsmittel)	Benzodiazepine, Barbiturate
Stimulanzien	Nikotin, Kokain, Amphetamine (»Speed«), Metamphetamine (»Crystal Meth«), 3,4-Methylen-dioxymethylamphetamin (MDMA, »Ecstasy«)
Halluzinogene	LSD (»Acid«), Mescaline (»Kaktus«), Phencyclidin (PCP, »Angel Dust«), Ketamin (»K«, »Special K«, »Vitamin K«), Psilocybin (Pilze, »Magic Mushrooms«)
Cannabinoide	D9-Tetrahydrocannabinol (THC, Cannabis, »Dope«, »Gras«, »Hasch«)

Adaptiert nach Freissmuth et al. 2012, Seite 299

Art und Ausmaß des Konsums dieser Substanzen beeinflusst selbstredend das Krankheitsbild enorm. Daher umfassen die psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen verschiedene klinische Erscheinungsbilder des Substanzkonsums:⁵⁸

- **Akute Intoxikation (akuter Rausch):** Unmittelbare Auswirkungen des Substanzkonsums, also Vergiftungsercheinungen, die sich körperlich und psychisch äußern. Dazu gehören Wahrnehmungsstörungen, Bewusstseinsstörungen und die Beeinträchtigung von Denken, Gefühlen und Verhalten. Die Störung klingt wieder ab, wenn der Einfluss der Substanz nachlässt.
- **Schädlicher Gebrauch:** Der Konsum der Substanz hat bereits negative Auswirkungen auf die psychische und / oder körperliche Gesundheit und / oder führt zu psychosozialen Problemen. Es wird deshalb auch von problematischem Konsum oder Substanzmissbrauch gesprochen, wobei sich noch kein Abhängigkeitssyndrom entwickelt hat. Ein schädlicher Gebrauch ist beispielsweise dann gegeben, wenn in schwierigen Lebenssituationen oder Krisen, vermehrt auf psychoaktive Substanzen (z.B. Alkohol) zurückgegriffen wird. Dieses Verhalten wirkt womöglich nicht nur kontraproduktiv bei der konstruktiven Bewältigung, sondern kann sich zu einem zusätzlichen Problem ausweiten. Eine Früherkennung ist daher wichtig!
- **Abhängigkeitssyndrom:** Nach wiederholtem oder kontinuierlichem Substanzkonsum entwickelt sich Abhängigkeit. Diese ist typischer Weise gekennzeichnet durch ein starkes Verlangen nach der Substanz (»Craving«), verbunden mit Schwierigkeiten, den Konsum hinsichtlich, Beginn, Ende und Menge zu kontrollieren (**Kontrollverlust**). Darüber hinaus treten Gewöhnungseffekte ein (**Toleranzentwicklung**), was dazu führt, dass zunehmend höhere Dosen benötigt werden, um die gleiche Wirkung zu erzielen. Dem Substanzgebrauch wird hohe Priorität eingeräumt. Andere Interessen, Aktivitäten und Verpflichtungen verlieren demgegenüber an Bedeutung und werden vernachlässigt. Ein Verzicht auf den Konsum ist, wider besseren Wissens und schädlichen Folgen, nicht mehr ohne weiteres möglich. (Psychische Abhängigkeit). Körperliche Entzugsercheinungen können hinzukommen (Körperliche Abhängigkeit).
- **Entzugssyndrom mit und ohne Delir:** Darunter werden körperliche und psychische Auswirkungen des Entzugs verstanden, die je nach Dauer, Intensität des Konsums und Art der Substanz sehr unterschiedlich ausfallen können. Kommt es neben dem Entzugssyndrom zu einem Zustand geistiger Verwirrung (Delirium), spricht man von Entzugssyndrom mit Delir. Dieses verkompliziert das Entzugssyndrom durch gleichzeitig bestehende Störungen des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, des Denkens, des Gedächtnisses, der Psychomotorik (z.B. Unruhe), der Emotionalität und des Schlaf-Wach-Rhythmus.

58 Vgl. z.B. ICD-10 BMG 2013 (www.bmg.gv.at) sowie www.medizininfo.de.

- **Psychotische Störung:** In diese Kategorie fallen Wahnideen, Halluzinationen, Wahrnehmungsstörungen, psychomotorische Störungen und affektive Störungen (z.B. intensive Angst), wenn sie nicht dem Rausch oder dem Entzug, aber dennoch dem Substanzkonsum zugeordnet werden können.
- **Amnestisches Syndrom:** Hierunter fallen ausgeprägte und anhaltende Gedächtnisstörungen, in Folge des Substanzkonsums. Sie können sowohl Kurzzeit- als auch Langzeitgedächtnis betreffen, wobei das Kurzzeitgedächtnis stärker beeinträchtigt ist. Hinzu kommen Störungen des Zeitgefühls sowie Lernschwierigkeiten. Nicht zwingend vorhanden sind mitunter auch Konfabulationen (Gedächtnislücken werden mit spontan erdachten Inhalten gefüllt).
- **Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung:** Unter Restzuständen zählen alle substanzbedingten Veränderungen (z.B. Verhalten, kognitive Fähigkeiten, Persönlichkeit), die auch dann noch bestehen, wenn keine direkte Substanzeinwirkung mehr angenommen werden kann. Dazu gehören auch drogeninduzierte Nachhallphänomene (»Flashbacks«), die Erlebnisse wie unter Substanzkonsum hervorrufen (z.B. Halluzinationen), obwohl schon länger nicht mehr konsumiert wurde. Sie treten episodisch auf und sind meist von kurzer Dauer, was sie von einem psychotischen Zustandsbild unterscheidet.

Aufgrund der Häufigkeit des Vorkommens und der massiven Auswirkungen auf Körper und Psyche, die in der Folge das alltägliche Leben schwer beeinträchtigen, werden die Störungen durch Alkohol als die größte Problematik unter den substanzgebundenen Süchten wahrgenommen. Zahlenmäßig bedeutend ist aber etwa die auch Abhängigkeit von Tabak, und im Steigen sind sowohl die Problematik um verschreibungspflichtige Medikamente sowie das Phänomen des Leistungsdopings durch bestimmte Substanzen in Ausbildung und Beruf.⁵⁹ Näher eingegangen wird im Folgenden lediglich auf schädlichen Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit.

3.1.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

Schätzungen aus 2012 gehen von einer Gesamtzahl von 340.000 alkoholkranken Menschen in Österreich aus, und attestieren jeder vierten Person einen problematischen Alkoholkonsum. Die am stärksten von problematischem Konsum betroffene Altersgruppe ist jene zwischen 30 und 39 Jahren.⁶⁰

Alkohol: Das liebste Rauschmittel der ÖsterreicherInnen.

»Besonders gefährdet, von Suchtmitteln abhängig zu werden, sind Menschen, die unter schweren Belastungen leiden. Dies können persönliche Probleme, wie große Unsicherheit, Ängste und Einsamkeit, sein. Ebenso können schwierige soziale und familiäre Situationen, wie Arbeitslosigkeit, Scheidung oder Eintönigkeit des Alltages, den Weg zu Missbrauch und Sucht ebnen.«

Hinweise auf klinische Relevanz des Alkoholkonsums bieten zwar bestimmte Blutwerte oder auch psychologische Testverfahren, welches Störungsbild genau vorliegt, lässt sich aber am ehesten in einem therapeutischen Gespräch abklären, in dem Fragen zu Konsumverlauf, Toleranzentwicklung, Dosissteigerung, Kontrollverlust und Entzugserscheinungen besprochen werden. Dabei wird auch geklärt, in welchen Situationen und aus welchen Motiven getrunken wird, um die individuelle Suchtneigung einzuschätzen. Allerdings gehören Leugnung und Bagatellisieren des problematischen oder gar abhängigen Konsums mit zum Störungsbild,

⁵⁹ Vgl. Stöver 2012.

⁶⁰ Vgl. Musalek 2012, Seite 22.

und ein offenes Gespräch über das Trinken erfordert eine gute Beziehungsbasis, in der Wertschätzung gewährleistet ist.⁶¹

Vielfach sind die sozialen Auswirkungen ein guter Indikator, wird beispielsweise weiter getrunken, obwohl die Ehefrau mit Scheidung droht, der Job auf der Kippe steht oder ein dauerhafter Führerscheinentzug im Raum steht, sind das schon mehr als deutliche Hinweise darauf, welchen enormen Stellenwert der Alkohol im Leben des/ der Betroffenen einnimmt.

Die Auswirkungen des Suchtmittelkonsums können sich sowohl körperlich, psychisch als auch im sozialen Umgang bemerkbar machen. Dazu gehören etwa eine Alkoholfahne, Gesichtsröte, Schwitzen, Zittern, Gangunsicherheit, Unterernährung, häufige kleine Unfälle, erhöhte Reizbarkeit, familiäre Probleme, Führerscheinvertust, Unpünktlichkeit und Unzuverlässigkeit, Vergesslichkeit, sowie schwankendes Leistungsvermögen und häufige kurze Fehlzeiten (vor allem vor und nach dem Wochenende, »Blauer Montag«) am Arbeitsplatz.⁶²

Die Ausgrenzungsfahr ist hoch, Prävention und Früherkennung sind wichtig!

Substanzmissbrauch und Suchterkrankungen werden durch die Allgemeinheit sehr häufig einer moralischen Bewertung unterzogen. Die Erkrankung selbst, sowie Rückfälle werden allzu oft mit persönlichem Scheitern oder mangelnder Willenskraft in Verbindung gebracht. Je nach Substanz sind auch starke Einschränkungen in der gesellschaftlichen Teilhabe zu befürchten – die Ausgrenzungsfahr ist somit sehr groß. Die Suizidalitätsrate⁶³ bei Alkoholkranken beträgt bis zu 35 Prozent. Dementsprechend hoch ist auch der Druck zur Krankheitseinsicht und Verhaltensänderung.

Psychoaktive Substanzen werden häufig zu kompensatorischen Zwecken genutzt (z.B. Realitätsflucht, zur Stimmungsregulation). Daher entspricht es auch dem Wesen der Erkrankung, dass sich das Augenmerk nicht so sehr auf inneres Erleben, sondern auf das Erkennen durch Außenstehende richtet. All das trägt dazu bei, dass die Probleme oft lange Zeit verleugnet, verheimlicht oder heruntergespielt werden, weil die Betroffenen v.a. negative Reaktionen erwarten. Die meisten Süchtigen bleiben lange weitgehend unauffällig. Prävention und Früherkennung sind daher wichtig.

»Suchtprävention kann in den eigenen beruflichen Kontext eingebaut werden. Viele Elemente des täglichen Lebens haben eine suchtvorbeugende, schützende bzw. stabilisierende Wirkung, wie zum Beispiel qualitativvolle Beziehungen, die Stärkung der Persönlichkeit, der Kommunikationsstil usw. Nach einer Analyse dieser Elemente können sie dann bewusst in die eigenen Handlungsziele aufgenommen werden. Nicht zu vergessen ist auch, eventuelle Risikofaktoren zu prüfen (z.B. räumliche Situation, Gruppenklima, Stressbelastung) und so weit wie möglich zu entschärfen.«⁶⁴

Häufig wird aber zu wenig berücksichtigt, dass der Alkoholkonsum oft mit anderen psychischen Störungen einhergeht, und nicht selten als eine Art Selbstmedikation fungiert. Wird der Alkoholkonsum reduziert, zeigen sich dann die überdeckten Symptome der Primärerkrankung stärker. Komorbide Störungen (Begleiterkrankungen) sollten also als suchtauslösende und suchterhaltende Faktoren in ein umfassendes Behandlungskonzept miteinbezogen werden.⁶⁵ So kann Alkohol in Maßen, durchaus kurzfristig »stimmungsaufhellend« wirken, bei chronischem Konsum passiert jedoch oft das Gegenteil, er wirkt depressionsfördernd – ein Teufelskreis beginnt.

61 Vgl. Musalek 2012, Seite 28f.

62 Vgl. Musalek 2012, Seite 27f.

63 Vgl. Musalek 2007, zitiert nach www.api.or.at, PatientInnen-Info, Allgemeine Informationen über: Alkoholabhängigkeit, Komorbiditäten.

64 Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW), Dr. Artur Schroers, Wissenschaftlicher Leiter des Instituts für Suchtprävention: FAQ, Was können MultiplikatorInnen tun? (www.sdw.wien).

65 Vgl. Musalek 2012, Seite 31.

Eine Alkoholabhängigkeit kommt selten alleine!

75 Prozent der Frauen und 53 Prozent der Männer, die sich in stationärer Behandlung befinden, weisen zumindest eine komorbide Störung auf, viele davon haben zwei oder auch mehrere zusätzliche psychische Erkrankungen. Häufige Begleiterkrankungen sind depressiven Erkrankungen, Angststörungen, bestimmte Persönlichkeitsstörungen und anderen Formen von Abhängigkeitserkrankungen.⁶⁶

Paradigmenwechsel in der Behandlung: Therapieziele von reduziertem Konsum bis Abstinenz.

»In den letzten Jahren haben sich die therapeutischen Möglichkeiten der Alkoholabhängigkeit deutlich verbessert. Zudem fand ein Paradigmenwechsel in der Behandlung statt: Neben dem Therapieziel der Abstinenz ist auch die Trinkmengenreduktion ein anerkanntes Ziel. Dadurch wird die Therapieschwelle gesenkt, und deutlich mehr behandlungsbedürftige Betroffene können einer adäquaten Therapie zugeführt werden.«⁶⁷

Die Erfolgsaussichten der Behandlung sind gut!

Für die Therapie bei Suchterkrankungen stehen vielfältige Behandlungsangebote zur Verfügung. Neben Klinikaufenthalten für den kontrollierten Entzug gibt es verschiedene ambulante Einrichtungen sowie Selbsthilfegruppen.

Hilfreiches für den Umgang mit Menschen, die an einer Suchterkrankung leiden

Ignorieren Sie augenscheinliche Probleme nicht, aber »diagnostizieren« Sie auch keine Suchtproblematik. Weisen Sie sachlich auf Auffälligkeiten hin und drücken Sie Ihre Sorge aus. Je früher auffälliger Konsum oder ein auffälliges Verhalten erkannt und angesprochen wird, desto besser sind die Aussichten für die Betroffenen.

Werden Sie nicht ko-abhängig!

Liegt eine Alkoholsucht klar auf dem Tisch, sollte tunlichst vermieden werden, in eine ko-abhängige Rolle zu geraten. Betroffenen hilft es nicht, wenn man sie vor allen negativen Folgen des Konsums bewahrt, oder ihnen vermehrt Sonderregelungen und Erleichterungen zugesteht. Damit eine Veränderungsbereitschaft entstehen kann, müssen auch negative Auswirkungen deutlich werden.⁶⁸

Das bedeutet aber nicht, künstlich Druckmittel herzustellen oder es den Betroffenen mit besonderen Disziplinierungsmaßnahmen zusätzlich schwer zu machen. Der Leidensdruck ist zumeist ohnehin in großem Ausmaß vorhanden. Vielmehr ist es wichtig, auf verständnisvolle Weise und ohne moralische Vorhaltungen, die Zusammenhänge zwischen Trinkverhalten und daraus resultierenden gesundheitlichen und psychosozialen Problemen für die Betroffenen und ihr Umfeld aufzuzeigen.

Unabhängig davon, ob die betroffene Person bereits den Entschluss gefasst hat, den Konsum zu reduzieren bzw. zu beenden oder dies nicht tun möchte, wird die »Begleitung der Patienten mit regelmäßiger Thematisierung

66 Vgl. Moggi 2007, zitiert nach www.api.or.at, PatientInnen-Info, Allgemeine Informationen über: Alkoholabhängigkeit, Komorbiditäten.

67 Vgl. Kasper et al. 2013a, Seite 2.

68 Vgl. Riechert 2011, Seite 74.

der Problematik ohne Zurückweisung oder moralische Vorhaltungen« empfohlen.⁶⁹ Informieren Sie ggf. über Beratungsmöglichkeiten und bieten Sie Ihre Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zu entsprechenden Stellen an. Auch Hinweise auf Selbsthilfegruppen sollen, bei bekannter Alkoholproblematik in Beratungsgesprächen geäußert werden. Beratung und Hilfe anzunehmen ist keine Schwäche, sondern eine Stärke!

»Motivierende Gesprächsführung«: Motivation zur Veränderung nicht Voraussetzung, sondern Ziel.

Als hilfreich in der Beratung suchtkranker Menschen hat sich beispielsweise das Konzept »Motivational Interviewing« oder »Motivierende Gesprächsführung« erwiesen. Motivierende Gesprächsführung ist ein Beratungsstil, der sich speziell für den Umgang mit wenig motivierten und veränderungsbereiten KlientInnen in den frühen 1980er-Jahren in Großbritannien und in den USA entwickelt hat (William R. Miller und Stephen Rollnick). Dabei ist die Motivation zur Veränderung nicht Voraussetzung, sondern Ziel der Beratung (siehe dazu auch Kapitel 7.9: Die Ambivalenz anerkennen und Diskrepanz verdeutlichen). In der Beratung Jugendlicher, Familien und in der betrieblichen Suchtprävention wird in Österreich »MOVE – Motivierende Kurzintervention« erfolgreich eingesetzt, eine Adaption der motivierenden Gesprächsführung (siehe Infobox).

Bedenken Sie stets: **Wer abhängig geworden ist, kann nicht einfach damit aufhören. Vermeiden Sie auf jeden Fall Vorwürfe und Moralpredigten: Alles, was Sie vorwerfen, hat sich der / die Süchtige schon hundertmal selbst gesagt.**

Fach- und Anlaufstellen bei Suchterkrankungen:

- Informationen zu ambulanten und stationären Behandlungs- und Beratungsmöglichkeiten in Ihrem Bundesland finden Sie z.B. im Österreichischen Suchthilfekompass: www.suchthilfekompass.goeg.at
- Die Fachstellen für Suchtprävention und Suchtkoordination und Drogen- bzw. Suchtkoordinatoren der Bundesländer sind z.B. hier gelistet: Suchtpräventionsdokumentation und -forschung (SucFoDok) des Anton Proksch Instituts www.api.or.at

Fort- und Weiterbildung, Liasondienste, z.B.:

- Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) / Institut für Suchtprävention (ISP) www.sdw.wien, z.B.:
 - KONNEX Liasondienst aus der Praxis für die Praxis
 - Fortbildung »MOVE – Motivierende Kurzintervention«
- Akademie des Anton Proksch Instituts: www.api.or.at

Literaturtipps:

Die Suchtfibel: Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit. Informationen für Betroffene, Angehörige und Interessierte, Ralf Schneider, Schneider Hohengehren Verlag, 2015
Alkoholkrank? Eine Einführung in die Probleme des Alkoholismus für Betroffene, Angehörige und Helfer, Eberhard Rieth, Blaukreuz Verlag, 2008

3.2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

»Oft ist der Verlust der Realität als Schutzmechanismus zu verstehen, wenn z.B. Widersprüche zwischen innerer und äußerer Welt nicht mehr ohne weiteres auszugleichen sind, Gefühle auszuhalten nicht mehr möglich ist, Erwartungen nicht zu erfüllen sind, notwendige Entscheidungen unmöglich werden und anstehende Entwicklungen blockiert sind.«⁷⁰

Da in der breiten Öffentlichkeit die »Schizophrenie« häufig mit »Verrücktheit« schlechthin gleichgesetzt wird, empfinden viele Betroffene diese Bezeichnung, verständlicherweise, als sehr stigmatisierend und herabwürdigend.

⁶⁹ Vgl. Müßigbrodt et al. 2010, Seite 37.

⁷⁰ Vgl. www.psychose.de.

gend. In der Praxis wird daher zunehmend der allgemeinere Begriff »Psychose« verwendet. »Unter dem Begriff »Psychose« fasst man eine Reihe (in vielen Fällen vorübergehender) psychischer Störungen zusammen, bei denen die Betroffenen die Realität verändert wahrnehmen oder verarbeiten.«⁷¹ Psychotische Zustände sind extreme existenzielle Krisen und beschränken sich bei weitem nicht nur auf »Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis« sondern treten auch bei anderen Erkrankungen auf. Häufiger ist das etwa bei Depressionen oder der bipolaren Störung der Fall (siehe Kapitel 3.3: Affektive Störungen).

Jeder Mensch kann psychotische Zustände erleben.

Grundsätzlich kann jeder Mensch gezwungen sein, aus der Realität auszusteigen. Etwa bei extremer Überlastung oder Traumatisierung, sowie bei zu großer Isolation. Ferner können Psychosen etwa auch in Folge körperlicher Erkrankungen, Vergiftungen und Drogenkonsum oder operativen Eingriffen auftreten. Besonders sensible Menschen und Menschen in kritischen Lebensphasen sind jedoch insgesamt gefährdeter.⁷²

Etwa ein Prozent der Bevölkerung erleidet in ihrem Leben zumindest eine psychotische Phase. Ausgelöst werden diese nicht nur von traumatischen Erlebnissen, sondern häufig auch im Zuge herausfordernder Lebensphasen oder in krisenhaften Übergängen, wie etwa:

- Pubertäre Verunsicherungen bzw. Krisen des jungen Erwachsenenalters,
- Abschluss einer Ausbildung, Eintritt ins Berufsleben,
- Geburt eines Kindes,
- Tod einer vertrauten Person (Eltern, Geschwister, PartnerInnen),
- Trennungen, Scheidungen
- Arbeitslosigkeit bzw. beruflicher Abstieg,
- Verlust materieller Sicherheiten,
- Berentung,
- Hormonumstellung im Älterwerden (Wechseljahre).⁷³

Es ist wichtig, sich vor Augen zu führen, dass es zutiefst menschlich ist, was Personen in einer Psychose erleben, wenngleich sicherlich in einer extremen, existenziell verunsichernden Form. »Es gehört ganz offenbar zum psychischen Repertoire des Menschen, an sich zu zweifeln und dabei auch zu verzweifeln, über sich selbst hinauszudenken, und sich dabei auch zu verlieren sowie in verwirrenden Phasen und Situationen aus der allgemeinen Realität herauszugehen und in eine zunächst unzugänglich scheinende eigene, innere Realität zu wechseln.«⁷⁴

Grob kann zwischen kognitiven (schizophrenen) und affektiven Psychosen unterschieden werden. Bei kognitiven Psychosen stehen Veränderungen der Wahrnehmung, des Denkens und der Sprache im Vordergrund, während bei affektiven Psychosen vorrangig die Stimmung, das Lebensgefühl und der Antrieb verändert sind (und mit entsprechenden kognitiven Veränderungen einhergehen). Freilich stehen Stimmung und Wahrnehmung aber immer in Zusammenhang.⁷⁵ Im Folgenden wird auf die mögliche Symptomatik von Psychosen im Allgemeinen, insbesondere aber auf kognitive Psychosen eingegangen.⁷⁶

⁷¹ www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org.

⁷² Vgl. www.psychose.de sowie www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org.

⁷³ Vgl. Bock 2013, Seite 27.

⁷⁴ Vgl. Bock 2013, Seite 13.

⁷⁵ Vgl. www.psychose.de.

⁷⁶ Vgl. für die folgenden Textpassagen, wenn nicht anders angegeben: www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org.

Leben in unterschiedlichen Wirklichkeiten.

Das Krankheitsbild bei Psychosen ist sehr vielfältig – keine Psychose gleicht der anderen. Ausmaß, Dauer und Häufigkeit von psychotischen Symptomen zeigen alle möglichen Abstufungen und Schattierungen.⁷⁷ Niemand ist nur krank oder nur gesund. Besonders charakteristisch sind jedoch Wahnvorstellungen und Halluzinationen. Akustische Halluzinationen (z.B. Stimmen hören) sind häufiger, während Geruchs-, Geschmacks-, Tast- und optische Halluzinationen seltener auftreten. Häufige Wahnvorstellungen sind beispielsweise Verfolgungswahn oder Beziehungswahn, wobei diese auch auf Fehlwahrnehmungen und Fehlinterpretationen der Umwelt beruhen (Wahnwahrnehmungen). So kann etwa jedes noch so kleine Detail der Umgebung bedeutungsvoll in Bezug auf die eigene Person erscheinen. Die Wahnvorstellungen sind für die Betroffenen so real, dass unbeirrbar und von außen unkorrigierbar daran festgehalten wird. Diese Symptome werden oft von starken Ängsten begleitet.

Zusätzlich können auch so genannte »Ich-Störungen« auftreten, d.h., die Grenze zwischen der Umwelt und dem »Ich« verschwimmt, die Unterscheidung zwischen Eigenem und Fremden fällt schwer. Betroffene glauben beispielsweise Außenstehende könnten ihre Gedanken lesen, beeinflussen oder sogar »wegnehmen«. Manche Menschen berichten, dass sie sich von außen manipuliert, ferngesteuert oder hypnotisiert fühlen.

Überdies können Störungen des Antriebs, der Psychomotorik und der Affekte auftreten. So sind etwa rasche Wechsel von verschiedenen Gefühlen, Schwankungen zwischen gehobener und niedergedrückter Stimmung, sowie Erregung und Antriebsminderung möglich. Auch depressive Episoden treten relativ häufig im Krankheitsverlauf von kognitiven Psychosen auf. Häufig kommt es bei Psychosen auch zu paradoxen Affekten, d.h., der Gefühlsausdruck passt nicht zur Situation oder zum dem Gesprächsinhalt (z.B. Lachen bzw. Heiterkeit bei traurigen Ereignissen). In einigen Fällen kann die psychomotorische Antriebsminderung so stark sein, dass Betroffene bei vollem Bewusstsein über längere Zeit völlig bewegungs- und reaktionslos bleiben (katatoner Stupor). Umgekehrt kann die Erregung so groß sein, dass es zu stereotypen Bewegungsabläufen bis hin zu unkontrollierten Bewegungen und zielloser Aggressivität kommt (katatoner Raptus). Bei chronischen Verläufen tritt oft eine »Affektverflachung« ein, also eine gleichgültige Gefühlslage, die sich auch in einer reduzierte Mimik und Gestik sowie in sozialem Rückzug ausdrückt.

Kognitive Beeinträchtigungen sowie Denk- und Sprachstörungen gehören ebenfalls zur Symptomatik von Psychosen. Es kommt zu Beeinträchtigungen von Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnis. Der Gedanken- und Sprechfluss kann beschleunigt oder verlangsamt sein und durcheinander geraten. In schweren Fällen kann das Denken so »zerfahren« (zusammenhangslos, unlogisch) sein, dass die sprachlichen Äußerungen kaum noch verständlich sind.

Man unterscheidet darüber hinaus verschiedene Krankheitsphasen: Die Vorphase (Prodromalphase), ist durch Frühsymptome gekennzeichnet (z.B. abnehmende Belastbarkeit, Konzentrationsprobleme, Schlafstörungen, gedrückte Stimmung, Misstrauen und sozialer Rückzug). Bei einem erstmaligen Auftreten ist es aber kaum möglich, Frühwarnzeichen als solche zu erkennen, weil diese erstens von Person zu Person variieren und zweitens zu unspezifisch sind, also vielfältige andere Ursachen haben können. Wenn sich die Symptome akut oder allmählich ausgebreitet haben und die Psychose vollständig zum Ausbruch gekommen ist, stehen in der akuten Phase, Phänomene im Vordergrund, die bei psychisch stabilen Menschen nicht vorhanden sind. Diese Phänomene werden deshalb auch als Positiv- oder Plus-Symptome bezeichnet, dazu gehören etwa Halluzinationen und Wahnsymptome. In der akuten Phase besteht i.d.R. keine Krankheitseinsicht. Nach der akuten Krankheitsepisode verschwinden die Positiv-Symptome. Bei einigen Betroffenen kommt es zu einem vollständigen Verschwinden, bei anderen können allerdings Restsymptome bestehen bleiben bzw. chronisch werden. In der chronischen

⁷⁷ Vgl. www.irremenschlich.de.

Phase sind meist die so genannten »Minus-Symptome« vorherrschend, d.h., es bestehen Einschränkungen in den psychischen Funktionen und im Gefühlserleben. Dazu gehören z.B. Antriebslosigkeit, Affektverflachung, Desinteresse und Freudlosigkeit, sozialer Rückzug, gedankliche und sprachliche Verlangsamung. Die chronische Phase kann über einen unterschiedlich langen Zeitraum bestehen bleiben und sogar Jahre andauern, manchmal auch mit Rückfällen in akute Phasen verbunden sein. In der akuten Phase oder beim Vorhandensein einer Restsymptomatik kann es zu schweren Krisen mit Selbsttötungsabsichten kommen.⁷⁸

Mit einer frühzeitigen, konsequenten Behandlung steigen die Heilungschancen deutlich. Viele Patienten werden anfänglich stationär behandelt und dann ambulant weiter betreut. Bei der Behandlung von kognitiven Psychosen sind Psychopharmaka, insbesondere vom Typ der Antipsychotika (Neuroleptika), ein zentraler aber nicht der alleinige Behandlungs-Baustein. Mit einer individuell abgestimmten Kombination aus Medikamenten, Psychotherapie und anderen therapeutischen Methoden (z.B. Ergotherapie, Soziotherapie, psychologische Trainingsprogramme) sind derzeit die besten Erfolge zu erzielen. Was die Medikation betrifft ist Dosierung und Therapiedauer individuell unterschiedlich und hängt im Wesentlichen von Stadium und Verlauf der Erkrankung ab. Als Rezidivprophylaxe bzw. Schutz vor erneuten Krankheitsepisoden wird meist auch nach einer Besserung, eine Erhaltungsmedikation in geringer Dosis über einen bestimmten Zeitraum empfohlen, bevor sie komplett abgesetzt werden kann. Bei ungünstigen Verläufen muss u.U. eine dauerhafte Medikation überlegt werden. Da Antipsychotika unangenehme Nebenwirkungen haben können (z.B. Müdigkeit, Gewichtszunahme) ist eine gute Arzt-Patienten-Beziehung und Fingerspitzengefühl erforderlich, um mögliche Alternativen abzuwägen und wenn notwendig, ein geeignet dosiertes Mittel zu finden, das ein günstiges Verhältnis von Wirkung und Nebenwirkung hat.⁷⁹ Sehr empfehlenswert sind auch Selbsthilfegruppen auf dem Weg zur Genesung und darüber hinaus. Im Rahmen der Empowerment-orientierten Selbsthilfe (siehe Kapitel 10: Exkurs: Paradigmenwechsel in der klinischen Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Personen) haben sich etwa so genannte »Psychoseseminare« als wirksame Unterstützung herausgebildet. Dabei treffen sich Betroffene, Angehörige, Fachkräfte und Studierende auf freiwilliger Basis, um subjektive Erfahrungen auszutauschen und ihre ganz eigenen Geschichten erzählen. Alle lernen dabei voneinander, alle sind ExpertInnen, die ihr Wissen beitragen und vom Wissen der anderen profitieren.⁸⁰

Hilfreiches im Umgang mit Menschen die unter Psychosen leiden

Nach Ciompi (1989) gibt es in der professionellen Zusammenarbeit mit Psychose-Erfahrenen Menschen zehn hilfreiche Regeln:

1. Systematische Einbeziehung des relevanten Umfeldes.
2. Vereinheitlichung der verfügbaren Informationen.
3. Weckung, gemeinsamer, positiv-realistischer Zukunftserwartungen.
4. Stufenweises Erarbeiten konkreter, gemeinsamer Ziele.
5. Koordination und Kontinuität.
6. Vereinfachung des therapeutischen Feldes.
7. Einfachheit und Klarheit in der Kommunikation.
8. Fortlaufende Optimierung von Anforderungen.
9. Flexible Kombination von unterschiedlichen Therapieansätzen.
10. Beachtung spezifischer Zeitfaktoren.⁸¹

⁷⁸ Vgl. www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org.

⁷⁹ Vgl. www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org sowie www.psychose.de.

⁸⁰ Bock 2007, in Bombosch et al., Seite 34.

⁸¹ Vgl. Hammer / Plöchl 2012, Seite 67ff.

In der Regel haben Menschen ein Netz aus Bezugspersonen. Dazu gehören Angehörige, FreundInnen und Bekannte genauso wie professionell Helfende und Beratende. Sich als eine von vielen unterstützenden Personen zu sehen, ist einerseits entlastend für Hilfeleistende, die Konstellation bringt aber auch Herausforderungen mit sich. Den Betroffenen kann es sehr zusetzen, wenn sie von unterschiedlichen Quellen unterschiedliche Informationen erhalten. Hier sind Sachrichtigkeit und Transparenz wichtig. Eine wertschätzende Haltung sollte selbstverständlich sein, eine kritische oder abwertende Kommunikation erhöht nachgewiesenermaßen das Rückfallrisiko bei Psychosen.⁸²

Auch was berufliche Ziele betrifft, sollte es keine gegensätzlichen Erwartungen geben, was nur durch das konsequente Einbeziehen der betroffenen Personen und eine gewisse Kontinuität gewährleistet werden kann. Die Gratwanderung zwischen Über- bzw. Unterforderung kann nur schrittweise, gemeinsam mit den Betroffenen erarbeitet werden. Menschen, die an Psychosen leiden bzw. litten, verhalten sich mitunter eher zurückhaltend und vermeidend. Sie haben dafür aber gute Gründe, Ängste vor Wiedererkrankung, Über- oder Unterforderung sowie depressive Symptome können dabei ebenso eine Rolle spielen, wie Nebenwirkungen von Medikamenten. Druck oder auch nur gutgemeintes Drängen wirken in jedem Fall kontraproduktiv, auch Vergleiche mit der früheren Leistungsfähigkeit sind eher zermürbend. Der Blick auf einzelne konkrete Schritte und die Rückmeldung von Erfolgen kann ermutigend sein.⁸³

*»Die akute Krise ist nicht der Zeitpunkt
für Grundsatzdiskussionen und
große Veränderungen.«⁸⁴*

Ebenfalls negativ kann sich eine schonungslose Konfrontation mit der eigenen Realität auswirken und zur Folge haben, dass Betroffene nur noch weiter in sich zurückziehen. Wenn sich eine Person bedroht oder verfolgt fühlt und Stimmen hört, eine andere aber diese Wahrnehmung nicht teilen kann, ist man wechselseitig geneigt, die andere von der eigenen Sichtweise überzeugen zu wollen. Bleibt jedeR stur bei seiner Sichtweise, werden sich wohl kaum Vertrauen und ein Gefühl von Verständnis aufbauen.

Versetzen Sie sich einmal gedanklich in die Situation, dass jemand Ihre Wahrnehmung anzweifelt, von der Sie ja vermutlich überzeugt sind, dass sie »richtig« ist. Überlegen Sie, wie Sie reagieren würden bzw. welche Reaktionen der Umwelt für Sie akzeptabel oder inakzeptabel wäre.

Versuchen Sie also nicht Menschen mit psychotischem Erleben ihre Realität auszureden. Akzeptieren Sie die Sichtweise und zeigen Sie Anteilnahme, teilen Sie zwar ggf. Ihre Wahrnehmung mit, gehen Sie eher sachlich auf die Gefühle und Nöte ein. Fokussieren Sie sich nicht auf die psychotisch veränderten Inhalte, und beginnen Sie nicht alles anzuzweifeln, was der oder die Betroffene wahrnimmt. Diskutieren Sie nicht, versuchen Sie freundlich und ruhig zu bleiben und schaffen Sie bei massiven Ängsten Rückzugsmöglichkeiten. Notfalls müssen Sie aber Zugeständnisse machen oder Hilfe holen. Es muss eine schrittweise Eigenleistung der betroffenen Menschen sein, den Wechsel der Realitäten zu erkennen, zu akzeptieren und in einen größeren Sinnzusammenhang zu stellen. Bagatellisieren, Ausblenden von Krankheitsphasen oder das Verharren in der eigenen Realität sind vielleicht noch zum Selbstschutz notwendig und deshalb als Bewältigungsstrategien anzuerkennen.⁸⁵

82 Vgl. Hammer/Plößl 2012, Seite 67ff.

83 Vgl. Hammer/Plößl 2012, Seite 67ff, sowie Dahm-Mory/Schreyer 2015, Seite 21.

84 Dahm-Mory/Schreyer 2015, Seite 17.

85 Vgl. Hammer/Plößl 2012, Seite 71, sowie Dahm-Mory/Schreyer 2015, Seite 19.

3.3 Affektive Störungen

Affektive Störungen sind episodische, rezidivierende (wiederholte) oder chronische Veränderungen der Stimmung und i.d.R. des Aktivitätsniveaus. Allgemein kann zwischen *depressiven Episoden*, die durch gedämpfte Stimmung, verminderten Antrieb und verringerte Aktivität geprägt sind, und *manischen Episoden*, die durch gehobene Stimmung, gesteigerten Antrieb und erhöhte Aktivität gekennzeichnet sind, unterschieden werden. Die *bipolar affektive Störung*,⁸⁶ ist durch wechselnde manische und depressive Episoden gekennzeichnet, während bei der *unipolaren Depression* nur depressive Episoden vorkommen bzw. im bisherigen Lebensverlauf (noch) keine manischen Episoden aufgetreten sind. Äquivalent verhält es sich bei der *unipolaren Manie*, die jedoch sehr selten ist. Der Beginn einzelner Episoden kann häufig (muss aber nicht) mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang gebracht werden.⁸⁷ Affektive Störungen sind oft mit latenter oder akuter Suizidalität verbunden und somit lebensbedrohliche Erkrankungen.

3.3.1 Depressive Episode, Rezidivierende depressive Störung

Depressive Episoden sind die wohl bekanntesten psychischen Erkrankungen und auch zahlenmäßig sehr stark in der Gesamtbevölkerung vertreten. In Österreich leiden etwa 400.000 Menschen (fünf Prozent der Bevölkerung) an einer behandlungsbedürftigen Depression.⁸⁸

»(...) wie ein Auto, das mit fest angezogenen Bremsen Vollgas fährt.«⁸⁹

Gewisse Stimmungstiefs kennt wohl jedeR. An manchen Tagen kommen wir nicht aus dem Bett, haben zu nichts Lust und irgendwie will trotz Bemühen nichts gelingen, es ist zum Heulen. Eine Depression ist allerdings nicht mit solchen schlechten Tagen zu vergleichen, so unangenehm sie auch sein mögen. Auch längerdauernde Trauerreaktionen, z.B. infolge eines Verlusts sind nicht gleichzusetzen, obwohl sie mitunter in depressive Episoden übergehen können. Vielmehr müssen Sie sich vorstellen, diese grundsätzlich »normalen« Gefühle und Gedanken verselbständigen sich, die gedrückte Stimmung nimmt ungeahnte Dimensionen an. Sie verspüren kaum Verbesserung, egal was Sie tun, dabei haben Sie ohnehin keine Energie etwas zu tun. Ihre negativen Gedanken drehen sich im Kreis bis zur geistigen Erschöpfung. Schließlich fühlen Sie nichts mehr, nur noch »Leere« und verlieren die Hoffnung, dass es je wieder besser wird. Die Depression als Krankheit wird zum langanhaltenden, allumfassenden negativen Lebens- und Daseinsgefühl.

Beinahe die Hälfte der Betroffenen bleibt ohne adäquate Hilfe!

Obwohl der Leidensdruck hoch ist, suchen und/oder erhalten viele Betroffene (etwa 45 Prozent) keine adäquate Hilfe.⁹⁰ Da gerade Menschen die zu Depressionen neigen, häufig sehr leistungsorientiert sind, machen sich Betroffene große Vorwürfe. Oft kämpfen sie lange dagegen an, versuchen »Normalität« aufrechtzuerhalten. Das negative Selbstbild in Verbindung mit großer Kraftanstrengung treibt jedoch die Negativspirale noch

86 Früher auch manisch-depressive Erkrankung genannt.

87 Vgl. z.B. ICD-10 BMG 2013 (www.bmg.gv.at) sowie www.buendnis-depression.at.

88 Vgl. www.buendnis-depression.at.

89 Dörner et al. 2013, Seite 194.

90 Vgl. www.buendnis-depression.at.

weiter an. Neben eigenen Schuld- und Versagensideen ist es häufig auch die Umwelt, die meist wohlwollend oder aus eigener Hilflosigkeit heraus, den Betroffenen zuspricht, sie müssten sich nur »zusammenreißen«, »einfach positiver Denken« oder doch sehen, dass es eigentlich »keinen Grund gibt, so niedergeschlagen zu sein.« All das führt dazu, dass Betroffene die innere Ohnmacht und Hoffnungslosigkeit zwar überdeutlich spüren, aber von außen suggeriert bekommen, es läge allein in ihrer Hand bzw. wäre mit ein wenig Aufwand nicht schwer, etwas dagegen zu tun. Wer würde es dann noch wagen Hilfe zu beanspruchen, oder daran glauben, welche zu bekommen? Abgesehen davon, dass allein die Organisation der Hilfe zur unüberwindbaren Hürde werden kann.

*Depressionen haben nichts mit Faulheit oder Schwäche zu tun,
es sind lebensbedrohliche Erkrankungen!*

Erschwerend hinzu, kommt, dass sich die Depression meist schleichend über Wochen oder Monate entwickelt (seltener auch innerhalb weniger Tage oder Stunden). In dieser Zeit treten oft uncharakteristische Frühsymptome auf, die nicht unbedingt auf eine psychischen Störung oder Depression hindeuten müssen, sondern auch bei vielen anderen Erkrankungen vorkommen können. Zudem haben Depressionen vielfältige Erscheinungsbilder, die auch durch körperliche Symptome wie etwa Schmerzen überlagert sein können (Somatisierung). Daher bemerken viele Betroffene anfangs nicht, dass es sich um psychische Beschwerden handeln könnte.⁹¹

Tabelle 7: Mögliche Frühsymptome und erste Anzeichen der Depression⁹²

- Schmerzen (z.B. unspezifische Kopf- oder Bauchschmerzen)
- Ständige Müdigkeit, Energiemangel
- Nachlassendes sexuelles Interesse
- Reizbarkeit, Angst
- Zunehmende Lustlosigkeit, Apathie
- Missmutige Stimmungslage
- Schlafstörungen
- Appetitlosigkeit

Die Kernsymptome einer Depression sind gedrückte Stimmung, Interesse- und Freudlosigkeit sowie verminderter Antrieb bzw. rasche Ermüdbarkeit, über einen Zeitraum von mehr als zwei Wochen. Darüber hinaus sind verschiedene Zusatzsymptome möglich, wie z.B. verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schlafstörungen, Appetitmangel bis hin zu Suizidgedanken bzw. -handlungen (siehe auch Tabelle 7). Seltener können auch psychotische Symptome, wie Wahnideen auftreten (z.B. Verarmungswahn, Verschuldungswahn).

Die depressive Symptomatik besteht anhaltend, sie ist also jeden Tag, die meiste Zeit über vorhanden. Es können aber auch charakteristische Tagesschwankungen beobachtet werden (»Morgentief« und leichte Verbesserungen im Tagesverlauf). Die »krankheitswertige« Depression weicht selbstredend vom üblichen Lebensgefühl der Betroffenen ab, und führt je nach Schweregrad zu stärker oder schwächer ausgeprägten Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen. Bei einer leichten Depression, können Betroffene, wenngleich unter großen Anstrengungen, meist noch ihr soziales und berufliches Leben aufrechterhalten. Bei einer schweren Depression ist die krankheitsbedingte Beeinträchtigung hingegen so hoch, dass das i.d.R. nicht mehr möglich ist und sogar einfachste alltägliche Verrichtungen verunmöglicht werden.

⁹¹ Vgl. www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org.

⁹² Vgl. ebenda.

Tabelle 8: Symptome der Depression: »Die vielen Gesichter der Depression«

Gefühle	Körper
<ul style="list-style-type: none"> • Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Schwermut • Ängstlichkeit • Verzweiflung • Schuld • Reizbarkeit • Leere, Gefühllosigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Energielosigkeit, Müdigkeit, Antriebslosigkeit • Schlafstörungen, Morgentief • Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust • Libidoverlust • Innere Unruhe, Spannung, Reizbarkeit, Wetterfühligkeit • Allgemeine vegetative Beschwerden (z.B. Magenbeschwerden, Kopfschmerzen)
Denken / Wahrnehmung	Verhalten / Motorik
<ul style="list-style-type: none"> • Grübeln • Pessimismus, negative Gedanken, Einstellungen und Zweifel gegenüber sich selbst den eigenen Fähigkeiten, seinem Äußeren, der Umgebung und der Zukunft (»Ich bin ein Versager«) • Suizidgedanken • Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten, schwerfälliges Denken • Übermäßige Besorgnis um die körperliche Gesundheit 	<ul style="list-style-type: none"> • Verlangsamte Sprache und Motorik • Geringe Aktivitätsrate • Vermeidung von Blickkontakt • Suizidhandlungen • Kraftlose, gebeugte, spannungslose Körperhaltung oder nervöse, zappelige Unruhe • Starre, maskenhafte, traurige Mimik, weinerlich besorgter Gesichtsausdruck

Quelle: Nach Beesdo-Baum / Wittchen 2011, Seite 880

Einzelne depressive Phasen nennt man **depressive Episoden**, wobei zwischen leichten, mittelgradigen und schweren depressiven Episoden unterschieden werden kann. Die Episoden können von wenigen Wochen bis mehreren Monaten anhalten und klingen dann langsam ab. Depressionen haben nicht nur unterschiedliche Gesichter, sondern auch unterschiedliche Verläufe. So können depressive Episoden einmalig oder wiederholt auftreten. Treten Sie wiederholt auf, spricht man von einer **rezidivierenden depressiven Störung**, dabei können zwischen den einzelnen Episoden auch Jahre vergehen. Jede depressive Episode erhöht jedoch das Risiko für weitere Krankheitsphasen.

Depressionen lassen sich gut behandeln!

Behandelt werden Depressionen in erster Linie durch Medikamente (»Antidepressiva«) und / oder Psychotherapie. Bei leichten bis mittelgradigen Depressionen ist eine Psychotherapie das Mittel der Wahl, Medikamente sind meist nicht notwendig. Bei schweren depressiven Episoden ist nach heutigen Erkenntnissen, eine Kombinationstherapie wirksamer als eine alleinige Pharmako- bzw. Psychotherapie.⁹³ Auch Lichttherapie, Wachttherapie, und andere alternative bzw. ergänzende Maßnahmen können hilfreich sein, so z.B. die Teilnahme an Selbsthilfegruppen. Ist die Depression sehr schwer oder droht Suizidgefahr, kann auch eine stationäre Behandlung notwendig werden. Nach der Akutbehandlung einer Depression wird oft eine weiterführende Therapie als Schutz vor Rückfällen und Rezidiven empfohlen. Wichtig ist es, mögliche Warnzeichen frühzeitig zu erkennen und entsprechende Interventionsstrategien zu entwickeln.

»Damals hätte ich nie gedacht, dass eine Besserung stattfinden könnte, obwohl es mir die Ärzte sagten. Aber ich kann jetzt mehr Freude empfinden als jemals und unterdrücke aber auch keine Tränen mehr, wenn es mir einmal nicht so gut geht. Es war ein langer, steiniger Weg, aber er war es wert zu gehen und nicht aufzugeben.« (Frau V., Depressions-Erfahrene)⁹⁴

93 Vgl. www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org

94 www.buendnis-depression.at.

Hilfreiches für den Umgang mit Menschen, die an einer Depression leiden

Es ist nicht einfach, sich in der Gegenwart von akut depressiven Personen abzugrenzen und nicht von dieser überwältigenden Negativität und Ausweglosigkeit mitreißen zu lassen. Gut gemeinte Aufmunterungsversuche wird Ihr Gegenüber aber als Unverständnis oder gar Hohn empfinden.

Ermütigung statt Druck – mit kleinen Schritten ist viel gewonnen!

Das Wichtigste im Umgang mit Personen in einer Depression ist daher, sich klar zu machen, dass diese sich nicht einfach aufraffen können, wie ihnen so oft geraten wird. Gerade diese Tatsache macht den Betroffenen ja zu schaffen, und häufig wenden sie ohnehin jedes Quäntchen Energie zur zumindest basalen Pflichterfüllung auf. In der Depression, erleben Betroffene ständig, wie andere Menschen scheinbar mühelos das Leben bewältigen, und sie selbst womöglich schon bei alltäglichen Kleinigkeiten scheitern.⁹⁵ Obwohl Angehörige, Freunde aber auch HelferInnen meist wohlwollend versuchen, die Betroffenen vor negativen Folgen, wie Jobverlust, Schulden, sozialen Rückzug etc., zu bewahren, indem sie zur Aktivität drängen, treibt verstärkter Druck die Negativspirale aus Schuld- und Versagensgefühlen, Antriebs- und Hoffnungslosigkeit meist noch an.

In der Interaktion mit Personen die an Depressionen leiden oder litten, ist es daher wichtig, positiv zu bleiben, ohne aber die negativen Gefühle zu hinterfragen oder zu beschönigen. Mit dieser »stellvertretenden Hoffnung«⁹⁶ demonstrieren Sie, dass Sie an eine Verbesserung und einen guten Ausgang glauben, akzeptieren jedoch das aktuelle Erleben der Betroffenen. Unterstützen Sie durch Anteilnahme und Ermütigung und vermeiden Sie Druck und Kritik. Der Weg aus der Depression braucht Geduld. Mit kleinen Schritten ist viel gewonnen.

Denken Sie außerdem daran, dass die Verzweiflung und Hilflosigkeit die Menschen in einer Depression ausstrahlen, neben Mitgefühl auch Ärger auslösen kann. Das ist »normal« und heißt weder, dass Ihr Gegenüber, noch Sie, »böswillige« Absichten haben. Versuchen Sie bei sich selbst, aufkommenden Ärger wahr- und anzunehmen. Durch unbeachteten oder verdrängten Ärger fühlen Sie sich vielleicht erst dazu veranlasst, Druck oder Kritik auszuüben, was wie bereits erwähnt kontraproduktiv wirkt.

Geht überhaupt nichts mehr, kann man depressive Menschen unterstützen, indem man ihnen immer wieder versichert, dass dieser Zustand vorüber geht.⁹⁷ Die Hoffnungslosigkeit gehört zur Depression wie der Schnupfen zur Grippe. Bestärken und unterstützen Sie Betroffene darin, Hilfe in Anspruch zu nehmen.⁹⁸

Bedenken Sie auch, dass Menschen in einer Depression ein sehr negatives, kritisches Selbstbild haben. Auch wenn schon eine Besserung eingetreten ist, bleiben Ängste und Unsicherheit über die eigene Belastungs- und Leistungsfähigkeit noch eine Zeit lang bestehen. Daher sollten wichtige Entscheidungen, wie Scheidungen oder berufliche Veränderungen, nicht aus einer pessimistisch gefärbten Perspektive heraus getroffen werden, die Entscheidungen werden vielleicht später bereut.

Generell ist eine offene Kommunikation auf Augenhöhe zielführend. Lernen Sie, Personen im Umgang mit ihrer Erkrankung zu vertrauen und versuchen Sie gemeinsam den Rahmen zwischen Unter- und Überforderung schrittweise auszuloten. Seien Sie sich stets bewusst, dass Ihr Gegenüber vielleicht Unterstützung braucht, nach wie vor aber ein mündiger und für sich selbst verantwortlicher Mensch ist.⁹⁹

95 Vgl. Hammer / Plöchl 2012.

96 Vgl. Hammer / Plöchl 2012, Seite 90.

97 Vgl. Müßigbrodt et al. 2010, Seite 66.

98 Vgl. www.deutsche-depressionshilfe.de.

99 Vgl. www.dgbs.de.

Tabelle 9: Dos und Don'ts in der Depression

Dos	Don'ts
<ul style="list-style-type: none"> • Nehmen Sie die Position der »stellvertretenden Hoffnung« ein: Kommunizieren Sie, dass es Hilfsangebote gibt, wenn diese benötigt werden (z.B. auch Selbsthilfegruppen). Weisen Sie immer wieder darauf hin, dass eine Depression gut behandelbar ist, aber auch unabhängig davon vorübergeht. • Nehmen Sie die Gefühle der Depression wahr und ernst – respektieren Sie die Depression als das, was sie ist, eine Erkrankung. • Zeigen Sie ehrliches Interesse und erfragen Sie Bedürfnisse der Person und was in der Vergangenheit hilfreich / unterstützend war. • Nehmen Sie Erfolge (auch kleine) wahr und zeigen Sie Anerkennung dafür – rechnen Sie aber auch damit, dass der / die Betroffene darauf mit Ablehnung reagieren kann. • Stärken und fördern Sie das Selbstwertgefühl und nutzen Sie vorhandene Ressourcen: unterstützen Sie z.B. den / die Betroffene, wenn er / sie Eigeninitiative zeigt. • Bringen Sie behutsam Aktivierung, Ermutigung, Alternativen und Vorschläge ein, lassen Sie Entscheidungsspielraum, und geben Sie einfühlsam Entscheidungshilfen. • Akzeptieren Sie es, wenn der / die Betroffene Angebote, Vorschläge oder eine Bestärkung zunächst ablehnt. Halten Sie »Türen offen« der / die Betroffene ist vielleicht zu einem späteren Zeitpunkt offen dafür. • Halten Sie Verzweiflung und Klagen aus und akzeptieren Sie diese als Ausdruck der Depression. • Bleiben Sie ehrlich, zensieren Sie sich nicht zu sehr selbst, nur um den / die Betroffene »zu schonen« oder »nicht aufzuregen« – er / sie will wissen, woran er / sie ist und eine verlässliche Ansprechperson. • Erwarten Sie keine intensiven Reaktionen in den verbalen Äußerungen, Mimik und Körpersprache. • Achten Sie auf Suizidäußerungen und Warnsignale, sprechen Sie diese gegebenenfalls bewusst an und organisieren Sie im Bedarfsfall professionelle Hilfe (siehe dazu Kapitel 2: Psychische Krisen und Krisenintervention). 	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeiden Sie Bagatellisieren, Schönreden und Bewertungen! Z.B.: »Ihnen sieht man das gar nicht an.« »Es geht doch jedem Mal schlecht – das ist doch normal.« »Es geht Ihnen im Grunde doch gut.« »Aber das ist doch kein Grund so niedergeschlagen zu sein.« (Solche Äußerungen werden als Unverständnis, Misstrauen oder gar als Hohn bzw. Angriff verstanden. Bedenken Sie auch, dass viele Menschen die unter Depressionen leiden ohnehin hohe Selbsterwartungen haben und selbst daran zweifeln, dass sie krank sind). • Appellieren Sie nicht an den Willen! Z.B.: »Reiß dich zusammen!« (Die momentane Hoffnungslosigkeit und Passivität ist Symptom der Krankheit, es ist keine Willensschwäche. Menschen die unter Depressionen leiden wollen, aber können nicht. Appelle an den Willen verstärken daher nur Schuldgefühle und sind nicht hilfreich.) Wenn Appelle, dann in angepassten, konstruktiven Schritten. • Üben Sie keinen Druck aus und versuchen Sie nicht Betroffene »zu ihrem Glück zu zwingen«. Überforderung kann die Situation verschlimmern! Auch Ihre »Erfolgserwartungen« können Ängste erzeugen, diesen nicht gerecht zu werden Rückzug und Verweigerungshaltung, in weiter Folge Schuld- und Versagensgefühle können die Folge sein. • Seien Sie zurückhaltend mit »guten« Ratschlägen und Aufmunterungen! Z.B.: »Kopf hoch, das wird schon.« »Geh doch mehr unter Leute.« »Du hast doch so eine nette Familie / tolle Freunde / etc.«, auch auf die »schönen Dinge dieser Welt« zu verweisen ist kaum hilfreich. Betroffene wissen zumeist was zu tun wäre, sie sind aber dazu momentan nicht in der Lage. • Vorsicht bei wichtigen Entscheidungen! Machen Sie sich immer bewusst, dass Betroffene durch die »depressive Brille« nur einen sehr eingegengten Handlungsspielraum mit wenig Alternativen sehen. Wichtige berufliche und private Entscheidungen werden im Nachhinein vielleicht bereut bzw. anders bewertet. • Legen Sie Gesprächstermine nicht auf die frühen Vormittagsstunden (Depressionen bessern sich meist leicht im Tagesverlauf).
<p>Und zu guter Letzt: Depressionen wurzeln oft in überhöhten Erwartungen und Normen hinsichtlich Leistung, Flexibilität, Attraktivität etc. Menschen, die zu Depressionen neigen, sind häufig besonders anfällig für normativen Druck. Die Einsicht, dass es weder möglich noch nötig ist, es immer und allen recht zu machen, gilt für beide Seiten – Betroffene wie BeraterInnen / TrainerInnen. Auch Schwächen und Fehler gehören dazu, stehen Sie offen dazu!</p>	

3.3.2 Bipolare affektive Störung

»Gestern noch war ich so aktiv, so leistungsstark, so einfallsreich und schlagfertig, so tatenfroh. Alles ging wie von selbst, ich war der Engel der Nacht und der König des Tages. Kein Ziel schien unerreichtbar. Heut sitze ich nun hier und gräme mich. Meine Energien sind verbraucht, ich fühle mich unfähig und kraftlos. Ich bin zu nichts mehr im Stande und empfinde nur Leere (...).«¹⁰⁰

Gewisse Stimmungsschwankungen gehören zum Leben dazu. Genauso wie jedeR Stimmungstiefs kennt, kennt jedeR auch Tage, an denen wir uns besonders gut, energiegeladen und aktiv fühlen. Vieles geht scheinbar mühelos von der Hand und wir blicken zuversichtlich in die Zukunft. Menschen die unter einer bipolaren Störung leiden, erleben jedoch längerdauernde und wesentlich stärkere Stimmungsschwankungen als üblich. Neben

100 Patientenzitat: www.inbalance-stiftung.de.

Phasen weitgehend ausgeglichener Stimmung, treten Depressionen sowie manische oder hypomanische Phasen (eine mildere Form der Manie) auf. Es gibt also besonders ausgeprägte »Hochs« und »Tiefs«, die selbstredend die Lebensqualität insgesamt beeinträchtigen.

*»Die Depression ist in aller Munde.
Von der Manie, ihrem Gegenstück,
hört man dagegen kaum etwas.«¹⁰¹*

In Österreich leiden zwischen 85.000 und 170.000 Personen (ein bis zwei Prozent der Allgemeinbevölkerung) an schweren Verlaufsformen der bipolaren Störung, die früher auch als »manisch-depressive« Erkrankung bezeichnet wurde. Schätzungen zufolge sind weitere 400.000 bis 800.000 ÖsterreicherInnen von moderaten Formen betroffen. Vor allem leichtere Formen werden häufig nicht als solche erkannt, obwohl sie die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen können. Die bipolare Störung bleibt aber insgesamt oft lange unerkannt, so dauert es nach dem Auftreten der ersten Krankheitsperiode, im Schnitt acht Jahre bis die Diagnose gestellt wird.¹⁰²

Da die depressiven Episoden mehr oder weniger äquivalent zu »unipolaren« depressiven Episoden sind (siehe Abschnitt 3.3.1: Depressive Episode, Rezidivierende depressive Störung), wird in weiterer Folge lediglich die manische bzw. hypomanische Symptomatik beschrieben.

Die Bremsen versagen!

Die manischen bzw. hypomanischen Phasen sind quasi das Gegenteil der Depression, geprägt von euphorischer oder gereizter Stimmung und gesteigertem Antrieb. Die Personen wirken sehr energiegeladener und »aufgedreht«. Die Betroffenen fühlen sich voller Tatendrang und auch nach wenigen Stunden Schlaf nicht müde. Zudem haben Menschen in manischen Phasen zumeist ein übersteigertes Selbstwertgefühl und neigen zur Selbstüberschätzung. Sie trauen sich mehr zu als sonst und gehen dadurch Risiken ein, die sie sonst nicht in Kauf nehmen würden. Ideen, Pläne und Vorhaben sprudeln nur so, wenig davon kann aber zu Ende gedacht oder geführt werden. Auffällig ist vor allem die hohe Gesprächigkeit bzw. der Rededrang von Betroffenen. Sie reden mehr, schneller und lauter als man es von ihnen gewohnt ist, und wechseln mitunter rasch die Themen. Der Gedanken- und Sprachfluss kann so beschleunigt und sprunghaft sein, dass die GesprächspartnerInnen dem Gesagten nicht mehr folgen können. In manchen Fällen ist die Manie auch von psychotischen Symptomen begleitet (z.B. Stimmenhören, Größenwahn)¹⁰³ (siehe auch Tabelle 10).

*In der Manie tun Menschen, was sie und andere,
sich sonst nicht trauen.¹⁰⁴*

»Die Manie demaskiert, sie stürzt die Fassade ein, die bisher den allgemeinen Eindruck nach außen beherrschte. Die Manie kann zwar dem bislang unentdeckten, zumindest ungenützten Potential der geistigen, seelischen, körperlichen, psychosozialen und sonstigen Eigenschaften und Fähigkeiten eines Menschen zum Durchbruch verhelfen (wofür es zahlreiche Beispiele gibt). Sie verstärkt aber auch seine negativen Eigenschaften und zwar unkontrolliert. Im glücklichsten Falle halten sich die Folgen in Grenzen, das ist die Mehrzahl manischer, insbesondere leichterer (hypomanischer) Zustände.«¹⁰⁵

101 Faust, Seite 1.

102 Vgl. www.gesund.at/f/bipolare-stoerung.

103 Vgl. Hammer / Plöchl 2012, Seite 108f, sowie Müßigbrodt et al. 2010, Seite 60f.

104 In Anlehnung an: Faust, undatiert, Seite 22.

105 Faust, undatiert, Seite 24.

Bis zu einem gewissen Grad können manische Zustände durch die Umwelt (zunächst) durchaus positiv aufgenommen werden, oft wird jedoch dieser Grad überschritten und die Umwelt hält das Verhalten für unangemessen oder gar bedrohlich. In erster Linie ist es also das soziale Umfeld, das die Manie als problematisch wahrnimmt, während die betroffene Person das zumeist genau gegenteilig sieht, und sich besonders gesund und kraftvoll wahrnimmt. Diese unterschiedliche Sicht der Dinge, kann zu Konflikten und großem Misstrauen führen. Gut gemeinte Versuche Personen in einer manischen Phase einzubremsen, werden als Angriff gewertet, oder auch als Neid und Missgunst umgedeutet.¹⁰⁶ Dabei können Betroffene sich selbst sehr gefährlich werden, so vernachlässigen sie z.B. häufig die Grundbedürfnisse nach Essen, Trinken und Schlafen, womöglich kommt es aber auch zu teuren Anschaffungen, die sich die Person nicht leisten kann. Auch werden häufig Risiken und Abenteuer eingegangen, die negative und irreversible Konsequenzen haben können, weshalb sie im Nachhinein schwer bereut werden (z.B. Affären, Kündigung, spontane Geschäftsideen).

*Damit das Mögliche entsteht,
muss immer wieder das Unmögliche versucht werden.
(Hermann Hesse)¹⁰⁷*

Im Wesentlichen werden zwei Typen der bipolaren Erkrankung unterschieden: Wenn neben depressiven Episoden ausgeprägte Manien auftreten, spricht man von einer Bipolar-I-Störung. Treten hingegen neben den depressiven Phasen ausschließlich die leichteren Hypomanien auf, wird sie als Bipolar-II bezeichnet. Insbesondere die Bipolar-II-Störung wird oft als unipolare Depression verkannt, da die Betroffenen vorwiegend wegen der depressiven Symptomatik Hilfe suchen. Die hypomanen Phasen sind i.d.R. weniger einschneidend und »zerstörerisch« als ausgeprägte Manien. Daher werden Hypomanien von Betroffenen eher als »normal« empfunden und folglich nicht beachtet bzw. erwähnt.

Tabelle 10: Symptome der Manie und Hypomanie (nach ICD-10)

Manie	Hypomanie
Die Stimmung ist mindestens eine Woche vorwiegend gehoben, expansiv oder gereizt und weicht deutlich vom üblichen Erleben der Betroffenen ab. Es handelt sich um einen starken Einschnitt in die persönliche Lebensführung.	Die Stimmung ist in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmaß an mindestens vier aufeinander folgenden Tagen gehoben oder gereizt. Die persönliche Lebensführung ist beeinträchtigt.
Hinzu können folgende Symptome kommen: <ul style="list-style-type: none"> • Gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit • Gesteigerte Gesprächigkeit (Rededrang) • Ideenflucht oder subjektives Gefühl von Gedankenrasen • Verlust sozialer Hemmungen, situationsunangemessenes Verhalten • Vermindertes Schlafbedürfnis • Überhöhte Selbsteinschätzung oder Größenwahn • Ablenkbarkeit oder andauernder Wechsel von Aktivitäten oder Plänen • Vermindertes Risikobewusstsein (z.B. leichtsinniges Verhalten) • Gesteigerte Libido oder sexuelle Taktlosigkeit 	Hinzu können folgende Symptome kommen: <ul style="list-style-type: none"> • Gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit • Gesteigerte Gesprächigkeit • Konzentrationsstörungen oder Ablenkbarkeit • Vermindertes Schlafbedürfnis • Gesteigerte Libido • Übertriebene Geldausgaben (Einkäufe) oder andere Arten von leichtsinnigem oder verantwortungslosem Verhalten • Gesteigerte Geselligkeit oder übermäßige Vertraulichkeit

Ähnlich wie die »unipolare« Depression, verläuft auch die bipolare Störung episodisch. Nach ICD-10 wird eine bipolare affektive Störung dann diagnostiziert, wenn bereits mindestens zwei abgegrenzte gegenpolige Episoden aufgetreten sind. Die manischen bzw. hypomanischen und depressiven, manchmal auch »gemischten« Episoden

¹⁰⁶ Vgl. Hammer/Plöchl 2012, Seite 108f, sowie Müßigbrodt et al. 2010, Seite 60f.

¹⁰⁷ Hermann Hesse: Brief (September 1960) an Wilhelm Gundert, in: »Mein Hermann Hesse – Ein Lesebuch« (Suhrkamp Verlag).

treten in unregelmäßigen Zeitabständen und in unterschiedlicher Abfolge auf. Zwischen den Phasen können mehr oder weniger lange und symptomfreie Intervalle liegen. Die einzelnen Episoden dauern von einigen Tagen bis zu Monaten. Die Verläufe variieren daher sehr stark.

Bei einigen bipolar Erkrankten überwiegen die manischen, bei anderen die depressiven Phasen, häufiger jedoch nehmen die depressiven Episoden mehr Raum ein. Insgesamt betrachtet, überwiegen aber zumeist die symptomfreien Intervalle. Ab vier Krankheitsepisoden pro Jahr, spricht man von »Rapid Cycling«. Treten die Stimmungswechsel noch schneller, innerhalb von Tagen oder gar Stunden auf wird auch von »Ultra Rapid Cycling« bzw. »Ultra-Ultra Rapid Cycling« gesprochen. Ausgelöst werden die Episoden häufig durch Lebensereignisse oder durch Störungen im Lebensrhythmus. Es muss aber nicht immer ein klarer Zusammenhang mit der Lebenssituation ersichtlich sein. Das erste Auftreten der Erkrankung erleben gut ein Drittel der Betroffenen im Jugend- bzw. jungen Erwachsenenalter.¹⁰⁸

Eine adäquate Behandlung der bipolaren Störung kann die Lebensqualität entscheidend verbessern!

Für die Behandlung bipolarer Störungen gilt die Kombination aus Psycho- und Pharmakotherapie derzeit als therapeutischer Standard. Selbstverständlich können auch andere oder ergänzende Maßnahmen sehr nützlich sein, wie zum Beispiel Selbsthilfegruppen. Was die medikamentöse Behandlung betrifft können je nach Phase, Schweregrad und Verlauf verschiedene Substanzen zum Einsatz kommen. I.d.R. sind aber so genannte »Stimmungsstabilisierer« (z.B. Lithium, Valproinsäure) hilfreich, um den Phasenverlauf abzumildern bzw. erneuten Episoden vorzubeugen. Meistens wird eine längerfristige, u.U. lebenslange pharmakologische Phasenprophylaxe empfohlen. Wichtig ist es, mögliche Warnzeichen frühzeitig zu erkennen und entsprechende Interventionsstrategien zu entwickeln. Das Führen eines Stimmungskalenders kann dabei helfen.¹⁰⁹ Zudem wirken sich ein geregelter Tagesablauf bzw. geregelte Arbeitszeiten positiv aus. Nacht- oder Schichtdienste sind für Personen mit einer bipolaren Erkrankung eher nicht empfehlenswert. Stress zählt zu den möglichen Auslösern einer Episode, Techniken zur Stressbewältigung können daher gute Dienste erweisen.¹¹⁰

»Bipolare Affektive Störungen sind in den akuten Episoden oft mit längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten verbunden. Bei vollständiger Remission im Intervall außerhalb der Episoden ist nicht mit erheblichen Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe zu rechnen. Die Prognose bezüglich der Erwerbsfähigkeit gilt als ungünstig, wenn mehrere der folgenden Faktoren zusammentreffen: Schwer ausgeprägte depressive / manische Symptomatik mit unvollständigen Remissionen, rascher Episodenwechsel (Ultra-Rapid Cycling oder Rapid-Cycling), ungünstige Krankheitsbewältigung (...), Komorbidität mit Suchterkrankung oder mit Persönlichkeitsstörung und mangelnde soziale Unterstützung.«¹¹¹

Bei bipolaren affektive Störungen sind komorbide Störungen häufig, insbesondere Angststörungen, substanzinduzierte Störungen (v.a. durch Alkohol und Stimulantien), Persönlichkeitsstörungen vom emotional instabilen und impulsiven Typ sowie Aufmerksamkeitsdefizitstörungen und Zwangsstörungen.¹¹²

Hilfreiches für den Umgang mit Menschen, die an einer bipolaren Störung leiden

Bipolar erkrankte Personen neigen mitunter zu einem sehr kritischen Umgang mit sich selbst, was zu einer gewissen »Ganz-oder-Garnicht-Mentalität« führen kann. Für den Umgang mit betroffenen Personen ist es daher

¹⁰⁸ Vgl. Deutsche Rentenversicherung 2012, Seite 97, Kasper et al. 2013b sowie www.inbalance-stiftung.de.

¹⁰⁹ Vgl. z.B. Kasper et al., 2013b.

¹¹⁰ Vgl. www.gesund.at/f/bipolare-stoerung.

¹¹¹ 4. Herbsttagung »Bipolar und Arbeitswelt, 18. Oktober 2013, Wien, www.springermedizin.at.

¹¹² Vgl. Kasper et al., 2013b.

sinnvoll, immer wieder zu betonen, dass das eigentlich erstrebenswerte und befriedigende Lebensziel nicht in unerschöpflicher Leistungsfähigkeit und makelloser Perfektion besteht, sondern darin, die eigene Mitte zu finden und sich in einem individuellen, gesunden Rhythmus zwischen Aktivität und Ruhe einzuschwingen.¹¹³ Es gilt aber auch ein Vorbild in Sachen Nachsicht und Umgang mit eigenen »Fehlern«, gegenüber bipolar erkrankten Menschen, zu sein. Dazu gehören auch Ermunterungen, auf gesunde Art und Weise, auch einmal nicht »brav« und angepasst zu sein, sondern seine Gefühle und Bedürfnisse ernst zu nehmen, zu artikulieren und nicht hintanzustellen.

Menschen in manischen Phasen können sehr fordernd sein. In extremen Zuständen ist eine »normale« Kommunikation überhaupt nicht mehr möglich. Antwortet man darauf jedoch mit Einschränkungsversuchen, kann das Gefühle von Entwertung oder Hilflosigkeit beim Gegenüber auslösen und die Reaktion fällt noch heftiger, oder sogar aggressiv aus.¹¹⁴ Es gilt hier ganz besonders, emotionale Distanz zu wahren, und sich das akut bedrohte Selbstwertgefühl zu vergegenwärtigen, das hinter diesem extremen Verhalten steckt. Klare und sachliche Kommunikation sind in solchen Situationen gefragt. Versuchen Sie in angespannten Situationen möglichst ruhig zu bleiben und holen Sie sich, wenn nötig Hilfe.

Neben den bereits in Kapitel 3.3.1 über Depressionen beschriebenen Tipps, können drei einfache Regeln im Umgang mit bipolar Erkrankten nützlich sein (siehe Tabelle 11). Sie wurden von einem bipolar Erfahrenen mit speziellem Augenmerk auf die Manie formuliert: **Bleiben Sie freundlich, ehrlich und konsequent!**

**Tabelle 11: Drei Regeln für den Umgang mit Bipolaren in akuter Krankheitsphase
(mit besonderem Augenmerk auf die Manie – Tipps eines bipolar Erfahrenen¹¹⁵)**

Bleib freundlich!	<p>Freundlich im Sinne von »wie ein Freund«. Wie würde sich ein Freund verhalten?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein Freund lässt immer seine Hilfsbereitschaft erkennen. • Ein Freund redet mit ehrlichem Interesse mit mir, und zwar auf Augenhöhe. • Ein Freund hört einem aufmerksam zu, und fragt, wenn er etwas nicht versteht. • Ein Freund ist nicht von mir abhängig, er steht immer wohlwollend an meiner Seite und sagt mir ehrlich seine Meinung. • Ein guter Freund sagt einem die Wahrheit, auch wenn das unangenehm ist. Niemals würde er mich anlügen, nur um mich nicht aufzuregen. <p>Bevor man selbst unfreundlich wird, unbedingt das Gespräch unterbrechen oder beenden, aber mit einer kurzen Begründung und der Ankündigung, später wieder zu einem Gespräch zur Verfügung zu stehen.</p>
Bleib ehrlich, »authentisch«, als Person erkennbar!	<p>Vorsicht vor übermäßiger Selbstzensur, nur um den Maniker »nicht aufzuregen« oder gar Manipulationsversuche, um ihn zu »beruhigen«. Die Weltsicht eines Manikers einfach zu bestärken, bedeutet seine Krankheit zu verschlimmern. Wenn er merkt, dass sein Gesprächspartner ihn nicht ernst nimmt oder anlügt, weil er Angst vor seiner Reaktion hat, kann das die Situation deutlich verschärfen.</p> <p>Und außerdem: Gibt es irgendjemanden, der Manipulation gut findet, die unbewusst abläuft?</p>
Bleib konsequent!	<p>Ein Maniker ist selbst nur in den allerwenigsten Fällen zur Konsequenz fähig, da die Gedanken dauernd in Bewegung sind und sich ihm ständig neue Möglichkeiten eröffnen. Folglich ist Konsequenz die Aufgabe des Gegenübers. Das bedeutet: Was man sagt, sollte man auch so meinen!</p> <p>Wenn man gegenüber einem Maniker, Meinungen konsequent vertritt und eigenen Grenzen klar macht, gibt man ihm dadurch automatisch etwas, worauf er sich verlassen kann. Wenn das Gegenüber sagt: »Stopp, bis hierhin und nicht weiter«, so ist das eine klare Mitteilung, die jeder verstehen kann. Es muss aber auch klar kommuniziert werden, was die Konsequenzen einer Grenzüberschreitung sind, sobald eine solche droht oder eingetreten ist.</p> <p>Nicht zuletzt bedeutet »konsequent bleiben« auch, dass man diese drei Grundregeln auf jeden Fall einhalten sollte.</p>

113 Vgl. Hammer/Plöchl 2012, Seite 111f.

114 Vgl. Hammer/Plöchl 2012, Seite 115ff.

115 Vgl. www.dgbs.de/fuer-angehoerige/tipps-zum-umgang (gekürzt und leicht adaptiert).

3.4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Unter die Gruppe Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen werden Angststörungen, Zwangsstörungen, Störungen aufgrund bestimmter Belastungsfaktoren und »psychosomatische« Krankheitsbilder subsummiert.

3.4.1 Angststörungen

»Angst ist ein urmenschliches Gefühl, das lebensrettend sein kann. Diese grundlegende Emotion hilft uns, Gefahren zu erkennen und darauf zu reagieren. Sie mahnt uns zu Vorsicht und erhöhter Aufmerksamkeit. Begründete Furcht verschafft uns die nötigen Energien, um entschlossen zu handeln, Schutzmaßnahmen zu ergreifen oder Herausforderungen anzunehmen und unsere Kräfte zu mobilisieren. Unsere Vorfahren reagierten auf Bedrohungen mit Flucht oder Angriff. Die die Angst begleitenden Körperreaktionen halfen ihnen dabei: Die Muskeln spannen sich an, das Herz schlägt rascher, Stresshormone werden ausgeschüttet. Körper und Geist sind hochkonzentriert und leistungsbereit. Nach überstandener Gefahr klingt die Stressphase wieder ab, Entspannung stellt sich ein.«¹¹⁶

Von der »gesunden« Angst zur »krankmachenden« Angst ...

Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen überhaupt. Die meisten Angststörungen kennzeichnet, dass sich Ängste verselbständigen und außer Kontrolle geraten. Die »gesunde« Angst wird zur »krankhaften«, wenn:

- Ängste unangemessen und stärker als notwendig auftreten.
- Ängste zu häufig auftreten oder zu lange andauern.
- Ängste mit dem Gefühl des Kontrollverlusts über ihr Auftreten und ihr Andauern verbunden sind (also die Angst die Person »kontrolliert«).
- Ängste dazu führen, dass man bestimmte Situationen, ohne dass eine reale Bedrohung vorliegt, aus dem Weg geht, sie vermeidet; man spricht hier von der Angst vor der Angst.
- Ängste mit einem starken Leidensdruck einhergehen.¹¹⁷

Im Wesentlichen werden drei verschiedene Arten von Angststörungen unterschieden, die im Folgenden skizziert werden.

Generalisierte Angststörung

Allgemeine Angst macht sich oft durch ein mulmiges Gefühl, eine innere Anspannung und erhöhte Alarmbereitschaft bemerkbar. Jeder kennt sie bis zu einem gewissen Grad, die mehr oder weniger diffuse Angst, z.B. in neuen bzw. unbekanntem Situationen oder wenn gerade eine Kündigungswelle das Unternehmen erfasst. In der Rückschau waren die Befürchtungen und Ängste meist unbegründet, doch in der Situation sind sie real und spürbar. Im Normalfall vergehen die Sorgen und Befürchtungen wieder. Bleiben sie jedoch bestehen, und brei-

¹¹⁶ www.apotheken-umschau.de/Angst.

¹¹⁷ Vgl. Alsleben et al. 2004, zitiert nach Hammer / Plöchl 2012, Seite 193f.

ten sie sich unkontrollierbar und scheinbar ohne besonderen Anlass aus, spricht man von einer generalisierten Angststörung. Der Begriff »generalisiert« bezieht sich darauf, dass die Ängste und Sorgen in zahlreichen, unterschiedlichen Situationen auftreten sowie verschiedene Lebensbereiche betreffen.

*»Mein Leben ist voller Missgeschicke,
von denen die meisten nie stattfanden.«
(Mark Twain)¹¹⁸*

Menschen, die an einer generalisierten Angststörung leiden, sind ständig in Sorge, dass etwas Schlimmes passieren könnte. Diese Ängste, Befürchtungen und Vorahnungen, sind »übertrieben« und treten unkontrollierbar bzw. andauernd auf. Die anhaltende Sorge und das ständige Grübeln kreisen gewöhnlich um Inhalte wie Krankheit und Verletzungen, Familienangelegenheiten, Beruf, Finanzen und Alltagsangelegenheiten. Menschen mit einer generalisierter Angststörung und »gesunde« Personen unterscheiden sich aber weniger bezüglich der Inhalte, über die sie sich sorgen, wohl aber hinsichtlich der Zeit, die sie mit Sorgen zubringen. Laut Studien sorgen sich Menschen, die unter einer generalisierten Angststörung leiden, 60 Prozent des Tages (mehr als sechs Stunden). Oft versuchen sich Betroffene bei Vertrauenspersonen rückzuversichern, sie bitten um die Bestätigung der Ungefährlichkeit von Situationen oder versuchen ihre Sorgen zu unterdrücken und durch Ablenkung zu vermeiden. Manche Menschen mit generalisierten Angststörungen sind auch subjektiv davon überzeugt, dass das ständige Sorgen sinnvoll ist, um auf mögliche negative Ereignisse besser vorbereitet zu sein (quasi wie eine Art »Zweckpessimismus«). Die Angst wird zum Selbstzweck und »Teufelskreis«. Zwar geraten die Betroffenen nicht in Panik, das ständig erhöhte Angstniveau, die Sorge und die pessimistische Grundhaltung führen jedoch häufig zu Verspannungen, Nervosität, Ruhelosigkeit, Zittern, Konzentrationsprobleme und Schlafstörungen. Dieser chronische Zustand verursacht in klinisch relevantem Ausmaß Leiden und führt zu Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen Lebensbereichen. In weiterer Folge können auch Depressionen oder körperliche Krankheiten (siehe auch unter somatoforme Störungen) entstehen. Häufige, ungünstige Bewältigungsstrategien sind der missbräuchliche Konsum von Alkohol oder Beruhigungsmitteln. Da die vegetativen Auswirkungen der Angst im Vordergrund stehen, die Angststörung womöglich bereits von anderen Erkrankungen überlagert ist, und die Betroffenen bei Arztbesuchen meist nicht von ihren Sorgen und Befürchtungen sprechen, dauert es oft lange bis eine generalisierte Angststörung diagnostiziert wird.¹¹⁹

Phobien

Phobien werden jene unverhältnismäßig großen Ängste genannt, die sich auf konkrete Dinge oder Situationen beziehen. Phobien beschränken sich daher auf bekannte oder vorhersagbare Objekte bzw. Situationen. Darunter fallen etwa die Angst vor Spinnen, vor Höhe und Flugangst. Phobien sind klassische psychische Störungen, die nicht zwingend mit einem Behandlungsbedarf einhergehen. Ob die konkrete Angst als Belastung und Leiden erlebt wird, hängt stark davon ab, welchen Stellenwert das angstausslösende Objekt oder die angstbesetzte Situation im persönlichen Leben einnimmt. Verständlicher Weise sind daher z.B. die Agoraphobie (Angst vor öffentlichen Plätzen oder Verkehrsmitteln oder Menschenmengen) und die Sozialphobie (Angst vor bestimmten sozialen Situationen, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen oder sich zu blamieren) im Allgemeinen weit belastender und einschränkender, als beispielsweise eine Spinnenphobie in der Großstadt. Agoraphobie und die soziale Phobie können bis hin zum totalen sozialen Rückzug reichen. Sind konkrete Ängste vorhanden, ist die häufigste und durchaus verständliche Reaktion, die angstausslösenden Situationen oder Objekte zunehmend zu meiden. Das führt aber meist zu einer Verstärkung und Chronifizierung der Angst.¹²⁰ Wird das Ver-

¹¹⁸ Mark Twain, zitiert nach Hammer / Plöchl 2012, Seite 196.

¹¹⁹ Vgl. Deutsche Rentenversicherung 2012, Seite 108 sowie www.panikattacken.at.

¹²⁰ Vgl. Hammer / Plöchl 2012, Seite 198f.

meidungsverhalten zum Mittel der Wahl bei aufkommender Angst, kann sie sich unter Umständen auf andere Auslösersituationen oder -objekte ausweiten.¹²¹

*»Nicht die Dinge selbst beunruhigen die Menschen,
sondern die Meinungen und die Beurteilungen über die Dinge.«
(Epiktet)*

Panikstörung

Bei einer Panikstörung treten die Angstanfälle unvermutet und scheinbar ohne Auslöser in objektiv nicht bedrohlichen Situationen auf. Heftige körperliche Symptome wie Herzklopfen, Schmerzen in der Brust, Zittern, Übelkeit und Erstickungsgefühle sorgen dafür, dass Betroffene um ihr Leben fürchten und oft einen medizinischen Notfall wie einen Schlaganfall oder Herzinfarkt vermuten. Die Panikattacken halten in der Regel nur ein paar Minuten an, sind aber so intensiv, dass für die Betroffenen die bloße Aussicht wieder so etwas zu erleben zu einer massiven Beeinträchtigung wird. Diese »Angst vor der Angst« (»Erwartungsangst«) ist der erste Schritt in eine Dynamik sich wechselseitig verstärkender Effekte. Treten diese Angstattacken mehrmals im Monat und über einen längeren Zeitraum hinweg auf, spricht man von einer Panikstörung. Erstmalige Panikattacken können beispielsweise in Folge einer psychosozialen Belastungssituation auftreten, wobei sie oft erst in der so genannten »Abfallenden Stressphase« bzw. in Entspannungssituationen auftauchen (z.B. beim Einschlafen, beim Autofahren oder bei einem Kaufhausbummel). Das ist einer der Gründe, warum sich die Betroffenen die Panikattacken nicht erklären können. Häufig sind Panikattacken aber auch mit einer Agoraphobie verbunden. Im Extremfall führt die Panikstörung zu starken Einschränkungen im Privat- und Berufsleben.¹²²

Ein zentrales Charakteristikum der Angststörungen ist, dass sich körperliche Symptome, Wahrnehmung und Deutung des Erlebens, Gefühle, negatives Denken und Erwartungsangst und das Vermeidungsverhalten gegenseitig aufschaukeln und die Bewältigung der Problematik in der Regel ein sich Konfrontieren und ein Aushalten dieser schrecklichen Erlebnisse erfordert.

*Die Angst muss nicht das Leben bestimmen –
professionelle Hilfe wirkt!*

Behandelt werden Angststörungen in erster Linie durch Psychotherapie. Bei schwereren Angststörungen können aber auch Medikamente (z.B. bestimmte Antidepressiva) die psychotherapeutische Behandlung unterstützen. Natürlich können aber auch andere bzw. ergänzende Interventionen, wie Selbsthilfegruppen sehr hilfreich sein.

Von Bezugspersonen brauchen Betroffene vor allem Verständnis und eine unterstützende Begleitung. Obwohl das Ziel eine aktive und problemlösende Bewältigung sein soll, die eine bewusste Auseinandersetzung und auch Konfrontation einschließt, darf diese niemals mit Druck oder Überforderung einhergehen, insbesondere dann, wenn die Angststörung im Zuge von anhaltendem Stress und übermäßiger Belastung überhaupt erst aufgetreten ist. Im Grunde geht es darum, den Alltag (wieder) zu meistern und nicht auf erstrebenswerte Ziele und Lebensqualität verzichten zu müssen, weil die Angst im Wege steht. Kleine Erfolgserlebnisse, bei denen die Angst ausgehalten und überwunden werden kann, stärken das Selbstwirksamkeitsgefühl der Betroffenen.¹²³

¹²¹ Vgl. Deutsche Rentenversicherung 2012, Seite 108.

¹²² Vgl. Hammer / Plößl 2012, Seite 198f, Deutsche Rentenversicherung 2012, Seite 108, sowie www.panikattacken.at.

¹²³ Vgl. Hammer / Plößl 2012, Seite 101ff.

3.4.2 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Außergewöhnlich belastende Lebensereignisse oder besondere Lebensveränderungen führen nicht selten zu psychischen Beeinträchtigungen. Gerade bei dieser Störungsgruppe wird sehr deutlich, wie unscharf und dynamisch die Grenze zwischen »gesund« und »krank« ist. Charakteristisch für die Störungen dieser Diagnosegruppe ist daher, dass sie als direkte Folge einer akuten schweren Belastung oder eines kontinuierlichen Traumas auftreten.

Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen entstehen folglich in zeitlichem und inhaltlichem Zusammenhang mit psychosozialen Belastungen, ohne die sich keine Störung entwickelt hätte. Die Gruppe umfasst im Wesentlichen akute Belastungsreaktionen, die Posttraumatische Belastungsstörung sowie Anpassungsstörungen.

Die **akute Belastungsreaktion** ist jener psychische Schockzustand, der unmittelbar nach einem schwer belastenden Ereignis auftritt und schon nach Stunden oder wenigen Tagen wieder abklingt. Bei akuten Belastungsreaktionen ist zumeist eine Krisenintervention angezeigt.

Anpassungsstörungen sind emotionale Reaktionen auf beeinträchtigende Lebensereignisse. Im Gegensatz zur akuten Belastungsreaktion entwickelt sich die Störung verzögert bzw. langsamer. Sie beginnt meistens innerhalb eines Monats nach dem belastenden Ereignis, hält aber selten länger als sechs Monate an. Die entscheidenden Kriterien für die Diagnose sind daher die Dauer und die identifizierbare psychosoziale Belastung, die jedoch nicht von außergewöhnlichem oder katastrophalem Ausmaß sein müssen. Die Symptome können sehr unterschiedlich sein, meistens handelt es sich aber um depressive Symptome und Ängste, die aber milder ausgeprägt sind, als es beim Vollbild einer depressiven Episode oder Angststörung der Fall wäre. Die Abgrenzung zu anderen seelischen Störungen ist aber mitunter problematisch. I.d.R. werden Anpassungsstörungen psychotherapeutisch behandelt.¹²⁴

Weitaus tiefgreifender sind die verzögerten, aber heftigen psychischen Reaktionen auf traumatische Erlebnisse, die sich als **Posttraumatische Belastungsstörung** (PTBS) äußern. Traumatische Erlebnisse sind Situationen außergewöhnlicher Bedrohung oder von katastrophalem Ausmaß die entsprechend massive Gefühle der Angst und Hilflosigkeit auslösen (z.B. schwere Unfälle, Gewaltverbrechen, Naturkatastrophen oder Kriegshandlungen).

Typisch sind sich aufdrängende Erinnerungen, so genannte »Flashbacks« sowie Alpträume. Diese Erinnerungen spielen sich nicht nur im Kopf ab, sondern es wird die Situation gewissermaßen »wiedererlebt«, mit allen damit verbundenen Emotionen. Leiden Traumaopfer nicht gerade unter den Erinnerungen, machen ihnen Gefühle des Betäubtseins, emotionale Stumpfheit oder Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen zu schaffen oder Symptome wie Angst, Depression, vegetative Übererregbarkeit, Schreckhaftigkeit, erhöhte Reizbarkeit, Schlaf- und Konzentrationsstörungen.¹²⁵

Und noch etwas kommt bei vielen Traumaopfern hinzu. Selbstvorwürfe, Schuldgefühle und Verzweiflung, die zu selbstschädigendem Verhalten und letztlich bis zum Selbstmord führen können. »Viele Traumaopfer bewegen sich daher lebenslang auf einem dünnen Lebensgrat, der von andauernden Krisen, chronischer Suizidalität und Suizidgefahr geprägt ist (...) Andererseits sind gerade traumatisierte Menschen ein besonders gutes Beispiel, wie kreativ sich Bewältigung gestalten kann, und wie sehr sich die Aufmerksamkeit auf derart konstruktive Bewältigungsformen für einen ressourcensensiblen Einsatz in psychosozialen Settings lohnt.«¹²⁶

¹²⁴ Vgl. www.psychosoziale-gesundheit.net (Prof. Dr. Volker Faust).

¹²⁵ Vgl. www.neurologen-und-psihiater-im-netz.org sowie Deutsche Rentenversicherung 2012, Seite 110.

¹²⁶ Gahlleitner / Hahn 2012.

Die Merkmale einer PTBS treten gewöhnlich innerhalb der ersten drei Monate nach dem Trauma, auf, in einigen Fällen können sie aber auch erst Monate oder sogar Jahre später in Erscheinung treten. Obwohl diese Diagnose strenggenommen nur für jene Symptome gilt, die in einem gewissen Zeitrahmen nach dem Erlebnis auftreten, wird sie in der Praxis oft auch verwendet, wenn als Ursache für psychische Symptome weiter zurückliegende Traumatisierungen, wie etwa Missbrauch oder Gewalterfahrungen in der Kindheit, angenommen werden.¹²⁷ Die Störung kann einen derart chronischen Verlauf nehmen, dass es zu einer tiefgreifenden Veränderung der Persönlichkeitsstruktur kommt. Traumaforschung und Traumatherapie verwenden für dieses Störungsbild den Begriff der komplexen PTBS. Sie gehen davon aus, dass wiederholte Traumaerfahrungen in der Kindheit sich deutlich auf die Persönlichkeitsentwicklung auswirken. Man hat zudem herausgefunden, dass etwa die Hälfte aller psychisch kranken Menschen traumatische Erlebnisse hatte. Insbesondere die Borderline-Persönlichkeitsstörung (siehe Kapitel 3.5.2: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung) und dissoziative Störungen sollen als Schutzmechanismus gegen zu heftiges psychisches und emotionales Erleben mit der komplexen PTBS in Verbindung stehen.¹²⁸

Die Behandlung besteht in erster Linie aus einer traumafokussierten Psychotherapie, die ggf. durch eine medikamentöse Behandlung (v.a. Antidepressiva oder kurzfristig angstlösende beruhigende Medikamente) unterstützt werden kann. Besteht Suizidalität oder liegen gleichzeitig andere schwere psychische Erkrankungen vor, ist jedoch meist eine psychiatrische Akutversorgung notwendig. Begleitende Behandlungsmethoden, wie Musik-, Kunst- oder Bewegungstherapie können hilfreich sein.

Umgang mit belasteten und traumatisierten Menschen

Grundsätzlich sollten Betroffene nach einem traumatischen Erlebnis unbedingt aufgefangen werden (siehe dazu das Kapitel: Psychische Krisen und Krisenintervention) und vor einer weiteren Traumaeinwirkung geschützt werden.

Angesichts der enormen Komplexität der oft unentdeckten und daher nicht explizit behandelten Traumata und ihrer Auswirkungen, der massiven Leidenslast der Betroffenen, aber auch ihres oft unermesslich erscheinenden Potenzials an Kampfgeist und Bewältigungswillen, empfiehlt es sich, im Umgang mit Personen die an einer psychischen Erkrankung leiden in gewisser Weise immer traumasensibel vorzugehen, um Trigger (Auslöser für psychische Reaktionen) zu vermeiden.¹²⁹

Immerhin über die Hälfte aller Menschen werden im Laufe ihres Lebens mindestens einmal mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert. Zwar entwickelt nicht jedeR eine PTBS, das Risiko an einer solchen zu erkranken ist aber bei durch Menschen hervorgerufene Traumatisierungen besonders hoch (z.B. Vergewaltigung, Gewaltverbrechen, Folter- und Kriegshandlungen).¹³⁰

Für Hammer und Plößl bedeutet ein **traumasensibler Umgang** vor allem die Grenzen von Betroffenen zu respektieren und sie dabei zu unterstützen auch anderen Menschen gegenüber Grenzen zu setzen. Überreiztes Verhalten gilt es als das zu sehen, was es ist: ein Versuch mit überbordenden Gefühlen umzugehen. Sie können nie wissen, was hinter dem scheinbar widerständigem oder provokanten Verhalten steckt. Überlegen Sie gut ob etwaige Sanktionen und Druck nicht sogar retraumatisierend auf Ihr Gegenüber wirken können, weil sie ihn oder sie erneut in die Situation versetzen jemandem hilflos ausgeliefert zu sein. Gestehen Sie Ihren KlientInnen daher so viel Kontrolle und Autonomie wie möglich zu.¹³¹

127 Vgl. Deutsche Rentenversicherung 2012, Seite 110.

128 Vgl. Hammer / Plößl 2012, Seite 225ff.

129 Vgl. Hammer / Plößl 2012, Seite 231.

130 Vgl. www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org.

131 Vgl. Hammer / Plößl 2012, Seite 231.

3.4.3 Somatoforme Störungen

In dieser Kategorie sind körperliche Beschwerden zusammengefasst, die jedoch nicht auf eine klare organische Ursache zurückgeführt werden können. Es handelt sich also um Erkrankungen, die umgangssprachlich als »psychosomatisch« bezeichnet werden. Freilich haben die meisten Menschen mitunter unklare körperliche Beschwerden. Bestehen diese jedoch über einen längeren Zeitraum, und führen sie zu deutlichem Leid und Beeinträchtigung, spricht man von einer somatoformen Störung. Die Betroffenen haben daher meist eine lange Krankengeschichte und zahlreiche medizinische Untersuchungen hinter sich, ehe sie entsprechend diagnostiziert werden. Verständlicher Weise suchen die Betroffenen wiederholt ärztlichen Rat, obwohl ihnen immer wieder versichert wird, dass kein somatisches Leiden erkennbar ist. Das ändert aber nichts daran, dass die Symptome vorhanden und belastend sind. Nicht selten nehmen daher Betroffene selbstverantwortlich Medikamente zur Symptombekämpfung ein, was unter Umständen zu Folgebeschwerden oder Abhängigkeiten führen kann. Obwohl eine Psychotherapie bei anhaltenden somatoformen Beschwerden angezeigt ist, werden psychische Ursachen als Krankheitsursache von den Betroffenen häufig nicht akzeptiert. Das ist insofern verständlich, als das, körperliche Symptome im Vordergrund stehen, und womöglich befürchtet wird, dass die vorhandenen Beschwerden als »Einbildung« abqualifiziert werden.

*»Willst du den Körper heilen,
musst du zuerst die Seele heilen.«
(Platon)*

Innerhalb der Gruppe somatoformer Störungen können verschiedene Störungsbilder unterschieden werden: Bei der **Somatisierungsstörung** stehen über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren wiederholt, vielfältige und wechselnde körperliche Beschwerden im Vordergrund, zahlreiche Untersuchungen blieben jedoch ohne somatischen Befund. Die Beschwerden selbst bzw. die verzweifelte Suche nach Hilfe, führen zu deutlichen beruflichen oder privaten Beeinträchtigungen. Bestehen die Beschwerden weniger als zwei Jahre und sind sie weniger stark ausgeprägt, kann eine **undifferenzierte Somatisierungsstörung** diagnostiziert werden. Beziehen sich die beschriebenen Beschwerden auf ein bestimmtes Organ oder System (z.B. Herz-Kreislauf-Beschwerden, Magen-Darm-Beschwerden), spricht man von einer **somatoformen autonomen Funktionsstörung**. Stehen chronische Schmerzen im Vordergrund kann eine **somatoforme Schmerzstörung** diagnostiziert werden. Steht hingegen eher die Angst, an einer schweren körperlichen Erkrankung zu leiden im Vordergrund, kann eine **hypochondrische Störung** in Erwägung gezogen werden.¹³²

*»Keine Gesundheit
ohne psychische Gesundheit!«
(WHO)*

Hinzuzufügen bleibt, dass die Trennung zwischen Körper und Psyche natürlich unscharf bzw. ein Konstrukt ist. Viele somatische Leiden und Funktionen stehen in Wechselwirkung mit psychischen und psychosozialen Faktoren. Psychische Störungen können körperliche Folgeschädigungen nach sich ziehen, genauso wie körperliche Erkrankungen psychische Beeinträchtigungen hervorrufen können. Zudem können unklare Körperbeschwerden auch als Begleiterscheinung anderer psychischer Erkrankungen (z.B. Angsterkrankungen, Depressionen) auftreten.

¹³² Vgl. z.B. ICD-10 BMG 2013 (www.bmg.gv.at).

3.4.4 Zwangsstörungen

Gewohnheiten helfen uns dabei, unser Bedürfnis nach Sicherheit, Verlässlichkeit und Kontrolle zu befriedigen. JedeR stellt sich wohl gelegentlich die Frage: »Habe ich abgesperrt?« oder »Habe ich den Herd abgedreht?« Vielleicht gehen wir bei Gelegenheit sogar nochmals zurück und kontrollieren es lieber. Aber selbst, wenn das nicht möglich ist, können wir zumeist wieder von den Gedanken loslassen und stellen vermutlich abends fest, dass alles ordnungsgemäß verschlossen oder außer Betrieb gesetzt war. Im Falle von Zwangsstörungen kann jedoch nicht mehr so einfach von zwanghaften Gedanken und Impulsen losgelassen werden. Die erzwungene Beschäftigung damit kann so unangenehm und einnehmend werden, dass im schlimmsten Fall die alltägliche Lebensführung massiv beeinträchtigt ist. Zwänge sind komplexe Erkrankungen und können so zeitaufwändig und quälend werden, dass sie viele Stunden am Tag in Anspruch nehmen.

Grundsätzlich kann zwischen Zwangsgedanken und Zwangshandlungen unterschieden werden. Zwangsgedanken sind Vorstellungen, Gedanken oder Impulse, die unangenehme Gefühle wie Ängste, Unruhe oder Ekel auslösen (z.B. der Gedanke jemanden verletzen zu können). Die Betroffenen wissen zwar zumeist, dass sie irrational bzw. übertrieben sind, können sich aber dennoch nicht davon distanzieren – die Gedanken drängen sich unwillkürlich auf. Zwangshandlungen sind hingegen bestimmte Verhaltensweisen, Handlungen oder Rituale, die oft in gleicher Art und Weise (stereotyp) wiederholt werden müssen, und sich ebenso aufdrängen. Die meisten Betroffenen erleben Zwangsgedanken in Kombination mit Zwangshandlungen, wobei das eine oder andere vorherrschen kann. Die Zwangshandlungen (z.B. Sicherheits- und Kontrollhandlungen, Rituale) dienen oft dazu, den Zwangsgedanken entgegen zu wirken, sie zu neutralisieren oder von ihnen abzulenken. Die Erleichterung dauert jedoch nur kurz an, und die Zwangsgedanken tauchen danach wieder verstärkt auf. Versucht die betroffene Person ihnen zu widerstehen, verstärken sich jedoch die negativen Emotionen und in Folge auch die Zwangshandlungen. Die Betroffenen geraten zunehmend in einen Teufelskreis. Manche Menschen die unter Zwängen leiden haben auch »magische« Befürchtungen, wie die Sorge, dass ein bestimmter Umstand oder Gedanke ein Unglück auslösen könnte.¹³³

Zwangsgedanken und -handlungen können unterschiedlichste Inhalte haben, gemeinsam ist ihnen aber, dass sie sehr unangenehm sind, sich der Kontrolle der Betroffenen entziehen, gleichzeitig aber ein gewisses Kontrollgefühl vermitteln. Die häufigsten Inhalte von Zwangsgedanken sind Aggression, Kontamination, Symmetrie, Religion, Sammeln und Aufbewahren, der eigene Körper sowie Sexualität. Häufig zu beobachten sind daher Wasch- und Reinigungszwänge und Kontrollzwänge, gefolgt von Wiederholungs-, Zähl- und Ordnungszwängen sowie Sammel- und Aufbewahrungszwängen.¹³⁴

Häufig schämen sich Betroffene für ihr zwanghaftes Tun und Denken, weshalb sie es verbergen bzw. verheimlichen. Zwangsstörungen werden daher auch als »heimliche Krankheit« bezeichnet. Das führt in weiterer Folge dazu, dass sich das Leiden noch verschlimmert, und die Betroffenen oft Jahre oder Jahrzehnte mit den Zwängen leben (müssen), ohne professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Zwangserkrankungen verlaufen unbehandelt meist chronisch.¹³⁵ Dabei sind Zwänge bei weitem kein Einzelschicksal – etwa zwei bis drei Prozent der Gesamtbevölkerung sind davon betroffen, sie sind damit eine der häufigsten psychischen Störungen.¹³⁶

Für die Behandlung von Zwangserkrankungen hat sich Psychotherapie als wirksam erwiesen, insbesondere verhaltenstherapeutische Verfahren. Um aus dem Teufelskreis zu entkommen müssen Betroffene die Erfahrung machen, dass Angst und Anspannung angesichts einer in Zwangsgedanken wahrgenommenen Bedrohung auch ohne die Ausführung von Zwangshandlungen wieder abklingen. Im Zuge einer Verhaltenstherapie

¹³³ Vgl. www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org sowie Hammer / Plöchl 2012, Seite 214.

¹³⁴ Vgl. www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org.

¹³⁵ Vgl. www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org sowie Hammer / Plöchl 2012, Seite 206f.

¹³⁶ Vgl. Hammer / Plöchl 2012, Seite 211f.

soll mit therapeutischer Unterstützung geübt werden, Situationen auszuhalten und den Zwängen bewusst nicht nachzugeben. Unter Umständen kann auch eine medikamentöse Therapie, z.B. mit bestimmten Antidepressiva, unterstützend sein, eine alleinige pharmakologische Behandlung ist aber nicht sinnvoll. Darüber hinaus sind Selbsthilfegruppen empfehlenswert.¹³⁷

Betroffene brauchen v.a. ein Gegenüber, dass sie nicht moralisch bewertet bzw. weiter unter Druck setzt. Appelle wie »Stell' dich nicht so an!« erzeugen nur zusätzliche negative Gefühle. Die Betroffenen sind ohnehin häufig sehr gewissenhafte Menschen, die überaus streng mit sich sind. Ermutigen Sie professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, die Lebensqualität kann dadurch entscheidend verbessert werden. Zwänge sind keine Seltenheit und nichts wofür man sich schämen muss.¹³⁸

3.5 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Persönlichkeitsstörungen können als extreme Ausprägung eines Persönlichkeitsstils mit unflexiblen und unzweckmäßigen Persönlichkeitszügen betrachtet werden. Persönlichkeitsstörungen beeinträchtigen die Lebensqualität der Betroffenen, schränken sie im Erreichen persönlicher Ziele ein, und führen zu (subjektivem) Leid oder zu häufigen Konflikten mit der Umwelt.¹³⁹ Der Begriff Persönlichkeitsstörung ist etwas unglücklich, er impliziert gewissermaßen eine ganze Person oder Persönlichkeit wäre »gestört«. In Wahrheit sind aber lediglich Persönlichkeitszüge stärker ausgeprägt die sich vor allem im Interaktions- bzw. Beziehungsverhalten als ungünstig oder »störend« erweisen. Es handelt sich also eigentlich in erster Linie um eine Beziehungsstörung. Für den Umgang mit Menschen, die an einer Persönlichkeitsstörung leiden, ist es daher hilfreich, etwas über die Hintergründe von Persönlichkeitsstörungen zu wissen.

Persönlichkeitsstörungen sind Beziehungsstörungen

Das was wir herkömmlich als Persönlichkeit bezeichnen, spiegelt sich in erster Linie im Denken, Empfinden und Verhalten eines Menschen wider. Die Persönlichkeit eines Menschen wird grundlegend durch die Beziehungen und Interaktionen mit wichtigen Bezugspersonen, insbesondere in der Kindheit, geprägt. Diese frühen, wiederholten Erlebnisse und Erfahrungen formen die Art und Weise, wie der Mensch sich selbst, andere Menschen und zwischenmenschliche Beziehungen wahrnimmt und beurteilt.

Persönlichkeitsstörungen sind als Lösungen für unbefriedigende Interaktionsprobleme entstanden

Man geht davon aus, dass in den frühen zwischenmenschlichen Beziehungen Betroffener, bestimmte Grundbedürfnisse nicht erfüllt wurden (z.B. Geborgenheit und Fürsorge). Deshalb mussten sie alternative, teils manipulative Verhaltensprogramme entwickeln, um diese Mängel zu kompensieren. Ein Kind begreift sehr schnell: »Wenn ich mich authentisch verhalte, so wie ich bin, passiert nichts, oder ich bekomme negative Rückmeldungen« und in weiterer Folge »Nur wenn ich aktiv etwas tue, erhalte ich entsprechende Aufmerksamkeit«. ¹⁴⁰

Das ist der Grund, warum das gemeinhin oft als »schwierig« empfundene Verhalten Betroffener, gerade in zwischenmenschlichen Beziehungen, aktualisiert wird, und zwar umso stärker, je wichtiger und enger die Beziehung für die Person ist. Betroffene suchen immer noch Erfüllung basaler Bedürfnisse, verfolgen aber gleichzeitig

¹³⁷ Vgl. www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org sowie Hammer / Plöchl 2012, Seite 215f.

¹³⁸ Vgl. ebenda.

¹³⁹ Vgl. www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org.

¹⁴⁰ Sachse 2014, Seite 16.

»alte« Strategien, die damals zwar sinnvoll und zielführend waren, in anderen Beziehungskontexten und Interaktionssituationen jedoch oft gegenteiliges bewirken. Menschen die unter einer Persönlichkeitsstörung leiden, stoßen daher häufig auf Unwegbarkeiten, Unverständnis und Ablehnung und werden immer wieder aufs Neue gekränkt und enttäuscht. Sie werden in ihren bisherigen Erfahrungen, aber auch in ihrem leidbringenden Verhalten bestärkt.

Betroffene können sich selbst nicht als Teil des Problems wahrnehmen

Personen leiden demzufolge an den Folgekosten, die ihr einst nützliches Denken und Verhalten verursacht. Die Zusammenhänge sind aber komplex und den Betroffenen bei weitem nicht klar ersichtlich, weshalb sie in erster Linie die Außenwelt als problematisch wahrnehmen. Persönlichkeitsstörungen erzeugen hohen Leidensdruck, die Möglichkeiten der Einflussnahme sind aber aufgrund der geringen »Einsicht« in die Zusammenhänge begrenzt. Eine Einsicht mag vielleicht deshalb so schwer zu erreichen sein, weil Persönlichkeitsstörungen – die Bezeichnung verweist darauf – eng mit dem Ich, mit dem Denken und Empfinden einer Person verwoben ist. Und wer würde sich schon gern sagen lassen oder eingestehen, dass an einem / einer selbst etwas »falsch« sein könnte, und dass die Probleme, die in der Interaktion mit der Umwelt und anderen Menschen immer wieder auftauchen durch das eigene Verhalten hervorgerufen werden? Und doch liegt gerade hier der Ansatz für eine Therapie, denn Betroffene leiden oft sehr unter ihren Problemen.¹⁴¹

Menschen mit Persönlichkeitsstörungen testen andere auf ihre Beziehungsfähigkeit

Weil Betroffene sich nach wie vor Bedürfniserfüllung erhoffen, aber aufgrund ihrer negativen Überzeugungen und Erfahrungen eigentlich nicht erwarten, »testen« sie oft mit provokantem Verhalten ihr Gegenüber (z.B. durch Kritik, verbale Angriffe). Erst wenn die Person nicht wie erwartet abweisend reagiert, sondern das Beziehungsangebot aufrechterhält, wird auch der oder die Betroffene sich auf eine Beziehung einlassen können. InteraktionspartnerInnen gewinnen das Vertrauen nur dann, wenn sie empathisch, akzeptieren, und der betroffenen Person weiterhin zugewandt bleiben.¹⁴²

Menschen mit Persönlichkeitsstörungen versuchen Images zu erzeugen und richten Appelle an Kommunikationspartner

Häufig gelingt es Betroffenen, beim Gegenüber zunächst ein bestimmtes (oft sehr positives) Bild von sich zu erzeugen. »Meist haben Fachkräfte anfangs den Eindruck, der Klient sei besonders freundlich, hilfsbereit, unproblematisch oder zuverlässig«, andere wirken vielleicht besonders wehrhaft oder verletzlich. Die Images und Appelle dienen dazu bestimmte Reaktionen, wie Anerkennung oder Fürsorge zu erreichen.¹⁴³

Um Ersatzbefriedigung für ihre Bedürfnisse von anderen zu bekommen, mussten Betroffene undurchsichtige Strategien entwickelt, so genannte »Interaktionsspiele«

Welches Ziel Betroffene mit ihrem Verhalten verfolgen, lässt sich nicht immer ausmachen, da sie es ja auf Umwegen versuchen mussten und müssen. Sie verwickeln daher Ihre InteraktionspartnerInnen in »Spiele«. Mit Spielen sind jene Kommunikationsstrategien gemeint, wie sie Eric Berne, der Begründer der Transaktionsanalyse, bereits in seinem Klassiker »Spiele der Erwachsenen«¹⁴⁴ beschrieben hat. Die Motivlage der SpielerInnen bleibt jedoch (auch für diese selbst) im Unklaren. Zielführend wäre aber eine offene, bedürfnisbezogene Kommunikation.

¹⁴¹ Vgl. Hammer / Plöchl 2012, Seite 125.

¹⁴² Vgl. Sachse 2014, Seite 36.

¹⁴³ Vgl. Hammer / Plöchl 2012, Seite 144.

¹⁴⁴ Spiele der Erwachsenen: Psychologie der menschlichen Beziehungen. Eric Berne. Rororo Verlag.

3.5.1 Spezifische Persönlichkeitsstörungen

Damit Menschen eine »gesunde« Persönlichkeit entwickeln können, muss die Erfüllung basaler Bedürfnisse, wie etwa Anerkennung, Wertschätzung, Wichtigkeit, Verlässlichkeit, Solidarität, Autonomie und Wahrung der persönlichen Grenzen, sichergestellt werden. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen wurden wiederholt hinsichtlich bestimmter Beziehungsmotive enttäuscht und entsprechend prägen sich unterschiedliche Arten von Störungen aus. Persönlichkeitsstörungen, sind Extreme von häufig positiv bewerteten Persönlichkeitseigenschaften, wie der folgende Überblick zeigt:

Tabelle 12: Zuordnung Persönlichkeitsstörungen und -eigenschaften

Eigenschaften	Persönlichkeitsstörung
ehrgeizig, selbstbewusst	narzisstisch
emotional, extrovertiert	histrionisch
risikofreudig, abenteuerlustig	dissozial
sorgfältig, gewissenhaft	zwanghaft
anhänglich, loyal	dependent
einzelgängerisch, zurückhaltend	schizoid
selbstkritisch, vorsichtig	selbstunsicher
wachsam, scharfsinnig	paranoid

Quelle: Nach Hammer / Plöchl 2013, Seite 125

Die spezifischen Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich insofern voneinander, als die betroffenen Personen jeweils unterschiedliche Ziele der (Ersatz-) Bedürfnisbefriedigung suchen. Sie versuchen daher auch unterschiedliche Images zu kommunizieren und unterscheiden sich sehr im Verhalten. Sie sollen hier aber nur überblicksmäßig beschrieben werden.

Tabelle 13: Spezifische Persönlichkeitsstörungen

Paranoide PS	Übertriebene Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisung, Misstrauen, Streitsucht, Beharren auf eigenen Rechten; oft werden hinter an sich alltäglichen Ereignissen »Verschwörungen« gegen die eigenen Person vermutet.
Schizoide PS	Rückzug von emotionalen, sozialen und anderen Kontakten mit einzelgängerischem Verhalten und in sich gekehrter Zurückgezogenheit.
Dissoziale PS	Missachtung sozialer und gesellschaftlicher Verpflichtungen und Normen, Mangel an Gefühlen für andere, ausgeprägte Neigung zu aggressivem und gewalttätigem Verhalten und geringe Frustrationstoleranz.
Emotional instabile PS	Ausgeprägte Tendenz, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren, unvorhersehbare, wechselhafte Stimmung; häufig verbunden mit anderen psychischen Störungen (Essstörungen, Abhängigkeitserkrankungen, selbstdestruktives Verhalten bis hin zu Suizidhandlungen).
Histrionische PS	Dramatisierendes, theatralisches Verhalten verbunden mit einem übertriebenen Ausdruck von Gefühlen und andauerndem Verlangen nach Anerkennung.
Anankastische (zwanghafte) PS	Übertriebene Gewissenhaftigkeit, ständige Kontrollen, Halsstarrigkeit, übermäßige Vorsicht und Perfektionismus.
Ängstliche (vermeidende) PS	Ständige Gefühle von Anspannung, Besorgtheit, Unsicherheit und Minderwertigkeit mit Überempfindlichkeit gegenüber Zurückweisung und Kritik.

Dependente (abhängige) PS	Passivität in Entscheidungssituationen, Trennungsangst, Gefühle von Hilflosigkeit und Inkompetenz mit der Neigung, sich anderen unterzuordnen.
Passiv-aggressive PS	Verweigerung der Forderungen und Bitten anderer, Vermeidung von Verpflichtungen; Trotz, Reizbarkeit, Streitlust.
Narzisstische PS	Größengefühle und -fantasien, Anspruchshaltung, Bedürfnis nach Bewunderung, Ausnutzung anderer, Mangel an Empathie und Fehlen von Identifikation mit den Gefühlen anderer.

Quelle: Nach Müßigbrodt et al. 2010, Seite 106f

Für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen sind psychotherapeutische Methoden und Verfahren das Mittel der Wahl. Für einige Persönlichkeitsstörungen gibt es inzwischen sogar maßgeschneiderte Behandlungskonzepte. Je nachdem, ob sich Betroffene gerade in einer (emotionalen) Krisensituation befinden, oder sogar Suizidintendenzen bestehen, wird der Therapieverlauf jedoch angepasst werden. Auch komorbide Erkrankungen (z.B. Depressionen, Angsterkrankungen, Posttraumatische Belastungsstörungen) spielen natürlich eine Rolle bei der individuellen Therapieplanung, insofern kann auch eine medikamentöse in Frage kommen. Persönlichkeitsstörungen sind grundsätzlich gut behandelbar, da sie sich aber aufgrund langjähriger Erfahrungen ausprägt haben, sind kurzfristige Veränderungen kaum möglich.¹⁴⁵

Hilfreiches für den Umgang mit Menschen, die an einer Persönlichkeitsstörung leiden

Für Menschen, die an einer Persönlichkeitsstörung leiden, ist es wichtig, immer wieder korrigierende Beziehungserfahrungen zu machen. Damit ein Mensch seine Überzeugungen und damit letztlich sein Verhalten ändern kann, muss er erleben:

- dass sich jemand für ihn interessiert,
- dass ihm jemand aufmerksam zuhört,
- dass ihn jemand versteht,
- dass er nicht abstoßend und nicht hoch pathologisch ist,
- dass er einer anderen Person vertrauen kann.¹⁴⁶

Grundsätzlich trifft das wohl auf alle Menschen mit oder ohne Persönlichkeitsstörung zu. Gerade Menschen die darunter leiden, machen aber gehäuft gegenteilige, negative Erfahrungen, umso wichtiger ist es, von professioneller Seite darauf Rücksicht zu nehmen. Die Grundvoraussetzung dafür ist eben jenes Wissen über Betroffene im Hinterkopf zu behalten: »Sie haben Strategien um ihre Grenzen zu schützen, um Autonomie zu wahren, um Anerkennung und das Gefühl von Wichtigkeit zu bekommen, um andere an sich zu binden oder um Zugehörigkeit und Solidarität zu erleben«. ¹⁴⁷ Mit diesem Verständnis lässt sich das Verhalten vielleicht leichter einordnen. Es hat keinen Sinn, Menschen zu einer Verhaltensänderung zu drängen, denn damit erreichen Sie nur das Gegenteil und ernten Konflikte und Widerstand. Veränderungen brauchen Zeit und die richtigen Voraussetzungen, wie eine verlässliche und vertrauensvolle Beziehung, damit wohldosierte Konfrontation überhaupt möglich wird.

Verständnis, Anerkennung und Wertschätzung sind im Umgang mit Betroffenen außerordentlich wichtig. Steigen Sie aber nicht auf Spiele und Strategien ein! Der Mensch, als Person hat Ihre Wertschätzung verdient, bestimmte Verhaltensweisen jedoch nicht. Machen Sie daher im Anlassfall Grenzen klar und transparent, und besprechen Sie diese ggf. wiederholt und ohne Ärger. Sind entsprechende Konsequenzen unvermeidbar bzw. angebracht, achten Sie darauf, dass sie nicht als persönliche Abwertung oder pauschalierter Vorwurf verstanden werden. Kommunizieren Sie sachlich und situationsbezogen, machen Sie Ihr Vorgehen transparent und

¹⁴⁵ Vgl. www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org.

¹⁴⁶ Vgl. Sachse 2014, Seite 47.

¹⁴⁷ Hammer / Plößl 2012, Seite 146.

nachvollziehbar. Für Willkür und Machtspiele besitzen Betroffene ein besonders ausgeprägtes Radar, und sie reagieren nicht positiv darauf.

Im Umgang mit Menschen, die unter einer Persönlichkeitsstörung leiden, kann man viel über sich selbst lernen, er verlangt ein hohes Maß Reflexionsfähigkeit. Es braucht dafür emotionale Klarheit, Transparenz, Authentizität, einen guten Umgang mit eigenen Grenzen und die seltene Fähigkeit auch Fehler einräumen zu können. Und: Gerade weil Betroffene so beziehungsorientiert sind, hat auch die Vorbildwirkung in zwischenmenschlichen Beziehungen einen großen Effekt.¹⁴⁸

Zusätzlich zur oben beschriebenen Haltung als Grundvoraussetzung für einen geglückten Umgang gibt es noch spezielle Tipps für einzelne Persönlichkeitsstörungen.

- Bei der **dissozialen Persönlichkeitsstörung**, die Probleme mit der Impulskontrolle mit sich bringt, profitieren Betroffene sehr von klaren Regeln und Strukturen. Sie sind dann weniger auf innere Selbstregulationsfähigkeiten angewiesen, an die ein Gegenüber auch niemals appellieren sollte. Viel hilfreicher sind hier Verbindlichkeiten und Konsequenzen.
- Personen die an einer **histrionischer Persönlichkeitsstörung** leiden, kann man darauf aufmerksam machen, wo und wann sie besondere Beachtung erfahren haben, weil sie dazu neigen, diese Situationen nicht wahrzunehmen. Außerdem kann es hilfreich sein, sie aufzufordern, sich in jene Menschen hineinzusetzen, von denen sie sich zu wenig beachtet fühlen, um in der Auseinandersetzung nicht ständig um sich selbst zu kreisen.
- Bei der **dependenten Persönlichkeitsstörung** halten Sie sich mit konkreten Ratschlägen und Hilfeleistungen besser besonders zurück. Wenn Sie die Möglichkeit haben sollten, verhindern Sie, dass Betroffene in irgendeine Form von Abhängigkeitsbeziehung geraten. Bei Menschen mit dieser Störung sind Selbständigkeit, Ablehnung, Kritik oder Widerstand selten und daher besonders zu begrüßen.
- Stellen Sie niemals das positive Selbstbild einer Person in Frage, die an einer **narzisstischen Persönlichkeitsstörung** leidet. Abwertung und Kritik ist die größte Angst Betroffener und kann das Selbstbild rasch ins Negative kippen lassen, wobei auch Selbstmord eine mögliche Folge sein kann. Narzissten müssen immer ihr Gesicht wahren können, und es ist wichtig, sie dabei zu unterstützen.
- Die **zwanghafte Persönlichkeitsstörung** bringt eine Menge an Einschränkungen mit sich, die ein Sicherheitsgefühl ersetzen sollen, aber sehr häufig zur Last werden. Leidet eine Person unter den Zwängen, kann ein wenig Freiraum durchaus entlastend wirken. Unterstützen Sie Spontanität, verlangen Sie sie aber nicht, denn sie könnte Überforderung bedeuten. Offenheit und Kreativität ist ein erstrebenswertes Ziel, Betroffene sollten aber immer Kontrolle über etwaige Schritte in diese Richtung haben.
- Menschen mit einer **paranoiden oder passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung** brauchen Kontrolle und Transparenz, damit sich nicht auf überzogene Abwehrreaktionen angewiesen sind. Legen Sie ihnen Berichte und Dokumentationen vor, wenn dies möglich ist, und erklären Sie Abläufe detailliert. Eröffnen Sie Entscheidungsspielräume. Wenn es um Konflikte geht, sollten Sie einseitige Zuschreibungen vermeiden. Konzentrieren Sie sich darauf, beide Seiten verstehend zu beleuchten und die Integrität aller Beteiligten in den Vordergrund zu stellen. Auch Ihre Grenzen sollten klar sein, lassen Sie sich nicht dazu verführen, sich auf eine Seite zu schlagen.
- Personen, die an **schizoider Persönlichkeitsstörung** leiden, sollte man sehr entgegenkommend behandeln. Freundlichkeit, Aufmerksamkeit und Einbindung in Interaktionen sind wichtig, dürfen aber nicht erzwungen werden. Gerade in Gruppen können sich diese Menschen überfordert fühlen. Widerstand sollte nicht sanktioniert werden und Einladungen zu Mitmachen immer aufrecht bleiben.

¹⁴⁸ Vgl. Hammer / Plöchl 2012, Seite 151.

3.5.2 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung

Im ICD-10 werden zwei Erscheinungsformen der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung unterschieden. Der impulsive Typus ist durch emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle charakterisiert, der Borderline-Typus umfasst die Kriterien des impulsiven Typus und ist zusätzlich durch Störungen des Selbstbildes, der Ziele und der inneren Präferenzen, durch ein chronisches Gefühl von Leere, durch intensive, aber unbeständige Beziehungen und eine Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten mit parasuizidalen Handlungen und Suizidversuchen gekennzeichnet (siehe auch Tabelle 14).¹⁴⁹

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung gilt als ein komplexes und schweres Krankheitsbild, das v.a. in jungen Jahren mit großem Leid verbunden ist. Allerdings tritt häufig mit zunehmendem Alter eine Besserung ein, die Langzeitprognose ist also gut. Akut betroffen sind jüngere Menschen mit sechs Prozent der Gesamtbevölkerung, ab 40 Jahren nur mehr 0,7 Prozent.¹⁵⁰

Die Betroffenen erleben sich als Opfer heftiger, teils unerträglicher Stimmungen und Gefühle, wie Wut, Leere, Existenzängste, Sinnlosigkeit und Einsamkeit. Sie wirken daher sehr launisch und reagieren sensibel auf Zurückweisung. Menschen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, neigen zu selbstschädigendem Verhalten, wobei es ein Ventil für den unerträglichen inneren Druck darstellt. Einige Betroffenen beschreiben, dass sie sich »fremd« vorkommen, sich nicht mit sich selbst identifizieren können.¹⁵¹ Sie neigen zu Schwarz-Weiß-Denken, insbesondere was die Beurteilung anderer Menschen betrifft. Bezugspersonen werden daher entweder überhöht positiv bewertet (idealisiert) oder aber abgewertet. Massive Konflikte und Auseinandersetzungen mit Verbalattacken und Wutausbrüchen sind die Folge, häufig kommt es zu radikalen, präventiven Beziehungsabbrüchen. Dabei leiden Betroffene sehr unter der Angst, alleine zu sein oder verlassen zu werden. Daher sind sie oft sehr bemüht, den Erwartungen zu entsprechen und so zu sein, wie es das Gegenüber erwartet. Dies trägt dazu bei, dass Menschen, die unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, kein stabiles Identitätsgefühl entwickeln können. Auch berufliche Vorstellungen sind daher häufig sprunghaft oder unrealistisch.¹⁵²

Für die Diagnose müssen insbesondere ein stark impulsives Verhalten sowie ein tiefgreifendes Muster von emotionaler bzw. affektiver Instabilität, im Selbstbild und in den zwischenmenschlichen Beziehungen vorliegen.

Tabelle 14: Symptome der Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung nach ICD-10

Impulsiver Typus	Borderline Typus	<ul style="list-style-type: none"> • Deutliche Tendenz unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln • Deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden • Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens • Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden • Unbeständige und unberechenbare Stimmung
		<ul style="list-style-type: none"> • Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und »inneren Präferenzen« (einschließlich sexueller) • Neigung, sich in intensive, aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen • Übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden • Wiederholte Androhung oder Durchführung von selbstverletzendem Verhalten • Anhaltende Gefühle von Leere

Nach ICD-10 ist die Borderline Persönlichkeitsstörung als Unterform der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung klassifiziert. Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung umfasst zwei Typen: impulsiver Typus (F60.30) und Borderline Typus (F60.31). Beim impulsiven Typus steht im Vergleich zum Borderline-Typus die mangelhafte Impulskontrolle und Affektsteuerung und die leichte Erregbarkeit mit Tendenz zu aggressiven Ausbrüchen mehr im Vordergrund (v.a. bei Kritik durch andere).

¹⁴⁹ Vgl. www.neurologen-und-psiater-im-netz.org.

¹⁵⁰ Vgl. Hammer / Plöchl 2012, Seite 170.

¹⁵¹ Vgl. www.neurologen-und-psiater-im-netz.org.

¹⁵² Vgl. Hammer / Plöchl, 2012, Seite 169.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung bringt in der Folge oft eine oder sogar mehrere zusätzliche psychische Störungen mit sich. 96 Prozent der Betroffenen werden depressiv, 90 Prozent leiden unter Angststörungen, Essstörungen kommen bei 50 Prozent der betroffenen Personen hinzu und bei ebenso vielen Substanzmissbrauch oder Substanzabhängigkeit.¹⁵³

Es wird vermutet, dass frühe Bindungsmuster zur Entstehung der Erkrankung beitragen. Kinder die in einer sozialen Umgebung aufwachsen, in der »die Gefühle des Kindes nicht akzeptiert und anerkannt sondern entwertet und ungütig gemacht werden« oder die »Eltern (...) unberechenbar, lieblos, gewalttätig oder strafend auf die emotionalen Regungen der Kinder reagieren«, sind daher gefährdeter, später eine Borderline-Störung zu entwickeln. Aber auch traumatische Erlebnisse werden als ein möglicher ursächlicher Faktor für Borderline-Persönlichkeitsstörungen angenommen.¹⁵⁴

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist gut behandelbar. Aus der Verhaltenstherapie kommen störungsspezifische Ansätze, die es erlauben, die ungünstigen Bewältigungsmuster durch günstige Bewältigungsstrategien zu ersetzen. Besonders hervorzuheben ist hier die Dialektisch-Behaviourale Therapie (DBT), zu der auch das so genannte »Skillstraining« gehört. Dabei geht es darum, Techniken zu erlernen, die bei hohen Erregungszuständen die Spannung reduzieren können, ohne sich dabei (selbst-)destruktiv verhalten zu müssen. Mittlerweile werden Skillstraining und DBT auch bei einer Vielzahl anderer Störungen eingesetzt und es gibt verlässliche Nachweise über deren Wirksamkeit. Weitere Bausteine der Behandlung sind beispielsweise Selbsthilfeangebote.¹⁵⁵

Hilfreiches für den Umgang mit Menschen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden

Im persönlichen Umgang mit Betroffenen empfiehlt es sich, auf impulsive Gefühlsäußerungen möglichst nicht einzusteigen, also keinesfalls selbst emotional darauf zu reagieren. Nichts desto trotz sollten sie aber genau wahrgenommen werden und entsprechend an die betroffene Person zurückgemeldet werden. Das zeigt, dass Sie sie beachten und ernst nehmen. Im Allgemeinen ist eine klare Kommunikation notwendig, die Motive und Ursachen erklärt, denn sonst kann es passieren, dass Betroffene allzu viel persönlich nehmen. Versuchen Sie, Ihre eigene Rolle, Ihre Handlungsmotive, Regeln und Grenzen präsent zu halten, darzulegen und auch einzuhalten. Unregelmäßigkeiten können Betroffene nur dann akzeptieren, wenn sie offen und ehrlich behandelt werden. Auch mit Grenzen muss sensibel umgegangen werden. Allzu oft haben Betroffene erlebt, dass ihre eigenen Grenzen massiv verletzt wurden, oder wichtige Bezugspersonen ihre Grenzen nicht wahren konnten. Greifen Sie Frustration und Enttäuschung wohlwollend auf, ändern Sie deswegen aber nicht zwangsläufig Ihre gut begründeten Vorgehensweisen.¹⁵⁶

3.6 Burnout

Obwohl das »Burnout« im deutschsprachigen Raum als (psychische) Erkrankung in aller Munde ist, gibt es keine entsprechende Diagnose im Kapitel V des ICD-10. Burnout wird dort nicht als umschriebene Diagnose definiert, sondern mit der Zusatz-Kodierung Z73.0 erfasst. Der Abschnitt »Z« enthält »Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen«. Trotz zahlloser wissenschaftlicher und nicht-wissenschaftlicher Publikationen zum Thema, gibt es daher bis heute keine verbindliche Definition von Burnout.

153 Vgl. Hammer / Plöchl 2012, Seite 170.

154 Vgl. Hammer / Plöchl 2012, Seite 171.

155 Vgl. Schütt, Psychosomatisches Zentrum Eggenburg.

156 Vgl. Hammer / Plöchl 2012, Seite 174ff.

Zwar geht ein Burnout oft mit einer psychischen Krankheit einher, allerdings kann es nicht mit einer solchen gleichgesetzt werden. Im Grunde gilt Burnout als ein Prozess, in dem oder an dessen Ende, verschiedene psychiatrische aber auch körperliche Krankheiten als Folge dauerhafter Überlastung auftreten können. Das Ausbrennen gilt dabei als Sinnbild der Entwicklung eines Menschen, der sich meist im Erwerbsleben so verausgabt hat, dass ihm danach keine Kraftreserven mehr zur Verfügung stehen.

Viele – aber keineswegs alle – Zustände, die Menschen beschreiben, die sich ausgebrannt fühlen, erfüllen wohl die Diagnosekriterien einer depressiven Episode, dementsprechend wird sie häufig im Zusammenhang mit Burnout-Prozessen diagnostiziert (siehe dazu Abschnitt 3.3.1 Depressive Episode, Rezidivierende depressive Störung). Aber auch eine Angststörung steht recht häufig am Ende des Burnout-Prozesses (siehe dazu Abschnitt 3.4.1 Angststörungen).¹⁵⁷ Wahrscheinlich kommen aber auch Anpassungsstörungen und Somatoforme Störungen in Frage (siehe dazu die entsprechenden Abschnitte). Im Gegensatz zu diesen Erkrankungen, hat das Burnout aber beinahe heroischen Charakter und wird weniger stigmatisiert und mit persönlicher Schwäche verbunden, als es bei psychischen Störungen im Allgemeinen der Fall ist.

Nach Corinna Maslach (1976) spielen drei zentrale Symptome bei der Erkrankung eine Rolle:

- Eine anhaltende ausgeprägte Erschöpfung (exhaustion)
- Eine irritierende Entfremdung (depersonalisation) oder auch eine negative, zynische Haltung gegenüber anderen (dehumanisation)
- Eine starke Verringerung der individuellen beruflichen und persönlichen Leistung (inefficacy)¹⁵⁸

Zu den möglichen Anzeichen gehören:

- Erschöpfung, Energiemangel, Schlafstörungen
- Konzentrations- und Gedächtnisprobleme, Insuffizienzgefühle, Entscheidungsunfähigkeit
- Verringerte Initiative und Phantasie, Gleichgültigkeit, Langeweile, Desillusionierung, Neigung zum Weinen, Schwächegefühl, Ruhelosigkeit, Verzweiflung
- Vorwürfe gegen andere, Verlust an Empathie, Zynismus, Verlust von Idealismus, Bitterkeit, »Dehumanisierung«, größere Distanz zu Klienten, Betonung von Fachjargon
- Partnerschafts- und / oder Familienprobleme
- Gefühl mangelnder Anerkennung
- Körperliche Beschwerden wie: Engegefühl in der Brust, Atembeschwerden, Rückenschmerzen, Übelkeit, vermehrtes Rauchen¹⁵⁹

Die üblicherweise zur Burnout-Behandlung und z.T. auch Prävention vorgeschlagenen Maßnahmen sind beispielsweise das Erlernen von Entspannungstechniken, gesunde Lebensführung, Entlastung, Reflexion und Neuausrichtung von persönlichen Erwartungen und Ansprüchen sowie eine Verbesserung der Work-Life-Balance. Wenn nötig wird dazu auch therapeutische Unterstützung angeraten. In Sozialberufen erscheint Supervision, Intervision und ggf. berufliche Weiterbildung sinnvoll. Entwickelt sich jedoch im Burnout-Prozess eine manifeste psychische Erkrankung, wie eine Depression oder eine Angststörung, richtet sich die Behandlung nach den dementsprechenden Behandlungsempfehlungen und Behandlungsstandards.¹⁶⁰

157 Vgl. www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org.

158 Vgl. www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org.

159 Vgl. www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org.

160 Vgl. www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org.

4 Psyche und Erwerbsarbeit – Ein Thema mit komplexen Wechselwirkungen

Der Anstieg einiger psychischer Störungen, wird zum Teil auch den Lebens- und Arbeitsbedingungen bzw. den heutigen Gesellschaftssystemen zugeschrieben. Diese Lebenswelt ist eine beschleunigte, unsichere und komplexe, die die Menschen mit gestiegenen psychosozialen Anforderungen konfrontiert. Sie entwickelt sich weg vom klassischen Lebenslauf, der die drei Phasen Vorerwerbsphase, erwerbstätiges Erwachsenenalter und Alter als nachberufliche Lebensphase gleichsam diktierte, aber auch bis auf wenige Ausnahmen garantierte.

Heute dehnen sich nicht nur die erste und letzte Phase immer mehr aus. So absolvieren Junge verstärkt längere Ausbildungen oder finden schwerer in den Beruf, und Ältere fallen früher aus der Erwerbstätigkeit. Aber auch der Lebensabschnitt der Erwerbstätigkeit ist brüchiger geworden bzw. durchsetzt von Phasen der Arbeitslosigkeit, Umorientierung und Aus- und Weiterbildung.¹⁶¹ Diese Entwicklung ist zudem in der so genannten »Mitte der Gesellschaft« angelangt, was für diese oft eine Bedrohung durch gesellschaftlichen Abstieg bedeutet. An die Stelle von einigen wenigen Statuspassagen zu bestimmten Zeitpunkten des Lebenslaufes sind heute »**Übergänge am laufenden Band**«¹⁶² getreten, und ein jeder von ihnen trägt das potenzielle Risiko krisenhaft und belastend zu verlaufen.

Obwohl diese Entwicklungen bekannt und empirisch belegt sind, orientieren wir uns noch immer am Idealbild der modernen Erwerbsbiographie und auch die Institutionen der sozialen Wohlfahrt und andere Unterstützungssysteme sind darauf ausgerichtet.¹⁶³ Deshalb wird die oder der Einzelne immer seltener aufgefangen und »(...) das Gelingen biographischer Prozesse und die damit verbundene Bewältigung von Übergängen sind stärker an die Möglichkeiten des einzelnen Individuums geknüpft.«¹⁶⁴ Dies führt dazu, dass dem Individuum allzu oft die Schuld am Scheitern angelastet wird, wo strukturelle Bedingungen zumindest mitverursachend sind.¹⁶⁵

Oft wird Arbeit als ein wesentlicher gesundheitsförderlicher Aspekt im Zuge psychischer Erkrankungen genannt. Freilich ist Arbeit ein wichtiger Aspekt (nicht nur) der psychischen Gesundheit. Sie bietet dem Menschen vielfältige Möglichkeiten zur psychosozialen Integration in Form von gesellschaftlicher Teilhabe, Alltags- und biographischer Struktur und Identitätsbildung. Je nach ihrer Ausgestaltung kann sie jedoch auch das Gegenteil bewirken, nämlich Entfremdung, Ausbeutung und Ichverlust. Die eigentliche Frage sollte daher lauten: **Welche Arbeit ist gut (oder schlecht) für die psychische Gesundheit?**¹⁶⁶

161 Vgl. Aner / Kirsten 2012, Seite 23f.

162 Vgl. ebenda.

163 Vgl. ebenda.

164 Gahleitner / Hahn 2012, Seite 9.

165 Vgl. Keupp 2012, Seite 35.

166 Vgl. Egger-Subotitsch et al. 2013.

4.1 Psychische Störungen im Erwerbsleben

Einem Bericht der OECD zufolge litten 2012 etwa ein Fünftel aller Personen im erwerbsfähigen Alter an einer psychischen Störung. Die häufigsten waren dabei Angststörungen, Depressionen, somatoforme Störungen und Störungen aufgrund psychotroper Substanzen.¹⁶⁷ Ein beträchtlicher Anteil der von psychischen Störungen betroffenen Menschen ist erwerbstätig, so beträgt die europaweite Erwerbsquote für Personen mit leichten Störungen 60 bis 70 Prozent und für schwerwiegende Störungen immerhin 45 bis 50 Prozent.¹⁶⁸

Dennoch kommt es vermehrt zu Prozessen der Exklusion von psychisch erkrankten Personen.

Seit 2012 erfasst der Hauptverband der Sozialversicherungsträger die Ursachen von Krankenständen nach den Kategorien des ICD-10. Für das Jahr 2013 betrug der Anteil der psychischen und Verhaltensstörungen an allen Fällen von Krankenständen 2,3 Prozent und 8,7 Prozent aller Krankenstandstage dieses Jahres entfielen in Österreich auf die so genannten »F-Diagnosen«. Dies scheint noch nicht besonders auffällig zu sein, von großer Bedeutung ist jedoch, dass Krankenstände aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen viermal so lange dauern wie der Durchschnitt. Mit fast vierzig Tagen ist das so lange wie durchschnittliche Krankenstände aufgrund von Neubildungen. Außerdem stiegen Krankschreibungen aufgrund dieser Krankheitsgruppe seit Mitte der Neunziger Jahre enorm an, während jene anderer Ursachen stabil blieben oder sogar rückgängig waren.¹⁶⁹

Doch nicht nur das Phänomen Absentismus macht den Unternehmen und Personalverantwortlichen Kopfzerbrechen. Etwa bei Depressionen ist das Gegenteil – nämlich der Präsentismus sehr häufig. Die betroffenen Personen versuchen, trotz der Symptome so lange wie möglich zu »funktionieren«, das Eingeständnis der Arbeitsunfähigkeit kommt erst dann, wenn gar nichts mehr geht.

Leider fehlt den Unternehmen bzw. Führungskräften in vielen Fällen das nötige Wissen über psychische Belastungen und Störungen. Dadurch mangelt es an präventiven Schritten und nicht selten ist die Kündigung die einzige Problem- bzw. Konfliktlösung bei Unstimmigkeiten im Team oder bei nachlassender Leistungsfähigkeit.¹⁷⁰

Der rasante Anstieg an Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen aufgrund psychischer Erkrankungen in den letzten Jahren, verstärkte auch das politische Augenmerk auf diese. Unter anderem traten in Folge des Sozialrechts-Änderungsgesetzes neue Regelungen zur Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspension in Kraft. Seit 2014 gibt es für alle Personen, die nach dem 1.1.1964 geboren sind, keine befristeten Pensionen mehr, sondern entweder die Gewährung einer unbefristeten I-/BU-Pension oder (bei angenommener Invalidität oder Berufsunfähigkeit von mehr als einem halben Jahr) eine Unterstützung in Form von medizinischer und / oder beruflicher Rehabilitation sowie Reha- bzw. Umschulungsgeld, wobei letzteres auch in den Zuständigkeitsbereich des AMS fällt.¹⁷¹

Entsprechend sanken die Zahlen für die IV/BU-Pension von über 24 000 im Jahr 2010 auf 22 433 zwei Jahre später und schließlich auf nur mehr 16 264 im Jahr 2014. Bei näherer Betrachtung der Ursachen von neu genehmigten Frühpensionen wird schnell ersichtlich, dass dieser Rückgang allein die psychischen Erkrankungen betrifft, denn während die Neuzugänge aufgrund anderer Krankheitsursachen 2014 angestiegen sind, sind jene aufgrund psychiatrischer Erkrankungen um fast fünf Prozent gegenüber dem Vorjahr gesunken. Dafür entfielen mehr als 70 Prozent der Reha-Leistungen der Pensionsversicherungsanstalt 2014 auf psychiatrische Erkrankungen.¹⁷²

167 Vgl. OECD 2012: Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, Mental Health and Work, OECD Publishing. www.oecd.org/els/emp/49227343.pdf.

168 Vgl. OECD 2012, Seite 12.

169 Vgl. Leoni 2014.

170 Vgl. Baer et al. 2010.

171 Vgl. www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/171/Seite.1710499.html [abgerufen am 5.8.2015].

172 Vgl. PVA 2015.

Obwohl natürlich grundsätzlich zu begrüßen ist, dass gesundheitlich eingeschränkte Personen nicht in eine Frühpension gedrängt oder darin gehalten werden, befindet sich eine beträchtliche Gruppe von Menschen an den Übergängen zwischen gesund und krank, zwischen arbeitsfähig und nicht oder nur eingeschränkt arbeitsfähig, zwischen Berufstätigkeit, Rehabilitation, Arbeitslosigkeit und Wiedereinstieg. Sie pendeln dabei zwischen den beteiligten Institutionen, stehen vor komplexen Entscheidungssituationen und wechselnden Herausforderungen, fühlen sich oft überfordert und an den Grenzen ihrer Leistungs- und Leidensfähigkeit angekommen.

Tagtäglich werden diese Belastungen aber auch bewältigt und mit wachsender Bewältigungserfahrung können Übergänge zunehmend leichter gelingen. Für eine gelingende Bewältigung bedarf es aber immer entsprechenden Rückhalt. Sei es durch das persönliche Umfeld oder durch institutionelle Hilfesysteme.

Führungskräfte in Unternehmen werden in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen von Mitarbeitenden in erster Linie mit Komplikationen im Team oder Produktivitätsverlusten konfrontiert. Ob in diesen Fällen gekündigt wird, hängt leider allzu oft vom subjektiven Erleben der Vorgesetzten ab, genauer davon, wie viel Mitgefühl die Führungsperson aufbringt, oder ob sie in erster Linie mit Ablehnung und Wut auf das symptombedingte Verhalten reagiert. Mitgefühl und Verständnis setzen allerdings Wissen oder Erfahrung mit psychischen Störungen oder deren präklinischen Äußerungsformen voraus. Außerdem gibt es Unterschiede in der Bewertung psychischer Beeinträchtigungen. Während Suchtproblematiken oder Persönlichkeitsstörungen mit wenig Mitgefühl begegnet wird, scheinen Depressionen und Schmerzstörungen, aber auch Angsterkrankungen eher auf Verständnis zu stoßen. Dies ist wiederum ein Hinweis dafür, dass von Seiten der Personalverantwortlichen in erster Linie emotional reagiert, anstatt rational interveniert wird.¹⁷³

Die im Arbeitsalltag als am schwierigsten empfundenen MitarbeiterInnen sind Umfragen zufolge jene mit Persönlichkeitsstörungen. Viele der symptomspezifischen Verhaltensweisen werden als störend wahrgenommen, etwa wenn Betroffene eigene Fehler abstreiten oder anderen die Schuld für Versäumnisse geben, zudem wegen etwaiger Stimmungsschwankungen und Launenhaftigkeit, Konzentrationsproblemen oder wenn auf Anweisungen »aufmüpfig« reagiert wird.¹⁷⁴

Im Umgang mit psychisch belasteten MitarbeiterInnen und der Prävention von Invaliditätspensionen oder Kündigungen ist neben den gängigen Möglichkeiten der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Inanspruchnahme von Unterstützung durch Fachkräfte aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung für Führungskräfte die Frage nach der Möglichkeit gesundheitsfördernder Führung von großer Relevanz. Diese ist in erster Linie eine Frage der Beziehungsgestaltung und erfordert eine intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Führungsrolle und der inneren Haltung, die maßgeblich den Führungsstil beeinflusst. Neben Wertschätzung und Anerkennung sind für den Aufbau einer Vertrauensbeziehung Verlässlichkeit, Verbindlichkeit, Berechenbarkeit sowie klare Wertevermittlung, Klarheit und Ehrlichkeit die Grundpfeiler.¹⁷⁵

Um rechtzeitig und adäquat intervenieren zu können, ist es besonders wichtig, dass Führungskräfte auf Veränderungen im Verhalten der Mitarbeitenden aufmerksam werden, genau beobachten ohne übereilte Urteile zu fällen, aber die Möglichkeit einer psychischen Beeinträchtigung bei der betreffenden Person als Ursache für dieses Verhalten in Betracht ziehen. Vor eigenmächtigen Diagnosen sei jedoch strengstens zu warnen, auch wenn es ratsam ist, die Beobachtungen gegenüber den Betroffenen in angemessener Weise zu äußern.¹⁷⁶

Verhaltensänderungen können sich auf vielfältige Weise bemerkbar machen, sie sind aber nicht zwingend die Symptome einer psychischen Störung. Noch schwieriger ist eine Einschätzung, wenn neue oder noch unbekannte Mitarbeitende solche Verhaltensweisen zeigen. Nachfolgende Tabelle bietet eine Auswahl und Übersicht von Verhaltensänderungen, die jedenfalls besondere Aufmerksamkeit im Dienste der Früherkennung verdienen.

173 Vgl. ebenda, Seite 26.

174 Vgl. ebenda, Seite 25.

175 Vgl. Riechert 2011, Seite 95ff.

176 Vgl. Riechert 2011, Seite 85.

Tabelle 15: Hauptmerkmale von Verhaltensänderungen

Arbeitsverhalten	Vermehrte Fehlzeiten, sowohl längere als auch kürzere, Unpünktlichkeit und vermehrte Arbeitsunterbrechungen
Leistungsverhalten	Leistungsminderung, Leistungsschwankungen, Nachlassen von Konzentration, Flexibilität und Umstellfähigkeit
Sozialverhalten	Sozialer Rückzug, verstärktes Misstrauen, aggressives aufbrausendes Verhalten sowie Verhalten, das im beruflichen Kontext unangemessen ist
Gefühlslage	Niedergeschlagenheit, Erschöpfung, Resignation, Ängste, vermehrtes Klagen über verschiedene körperliche Beschwerden
Alltagsverhalten	Auffälliger Alkoholkonsum, ungepflegtes Äußeres, eingeschränkte Mobilität

Quelle: Riechert 2011, Seite 86

Kommt eine Führungsperson zu dem Schluss, dass eine mögliche psychische Fehlbelastung die Ursache für das auffällige Verhalten sein könnte, ist das erste Gespräch mit der oder dem Betroffenen von großer Bedeutung. Hier sind ohne Zweifel besondere Fähigkeiten in der Gesprächsführung und kommunikationspsychologische Kompetenz gefragt. Riechert empfiehlt in ihrem Buch das bekannte Modell der Vier Ohren oder vier Ebenen der Kommunikation von Paul Watzlawick als handlungsleitenden theoretischen Hintergrund und einen klientenzentrierten Ansatz in der Gesprächsführung (siehe dazu Kapitel 7.3). Wichtig ist aber vor allem die innere Haltung der Führungsperson: »Hilfreich im Gespräch mit psychisch fehlbelasteten Mitarbeitern ist die Annahme, dass dieses Verhalten einer inneren Notlage entspringen ist und dass das kritische Verhalten das Optimum ist, das der Betroffene in seinem Repertoire hat, mit einer inneren Notlage, seinem Problem umzugehen. Sein Verhalten ist sein Lösungsversuch. Diese Sichtweise klärt dann auch die Frage, ob einer nicht kann oder nicht will.«¹⁷⁷

In einem solchen Gespräch ist es wichtig, die eigenen Beobachtungen über die Verhaltensänderungen zu schildern, ohne Vorwürfe zu machen. Zeigen Sie, dass Sie besorgt und interessiert an den Hintergründen sind. Ziele des Gesprächs sind ein gemeinsames Verständnis der Problemlage und das Treffen verbindlicher Absprachen über die weiteren Schritte.¹⁷⁸ Der klientenzentrierte Ansatz in der Beratung und Gesprächsführung wird in Kapitel 7.3 (Auf die Haltung kommt es an: Basisanforderungen klientenzentrierter Gesprächsführung) als wichtiges Handwerkszeug im Umgang mit psychisch fehlbelasteten Personen im arbeitsmarktintegrativen Kontext noch einmal aufgegriffen und ausführlich behandelt.

4.2 Die Qualität der Arbeit und ihre Bedeutung für die psychische Gesundheit

Die Haltung der Führungspersonen, ihre Beziehungsgestaltung sowie ihre Kommunikationskompetenz stellen auch einen wichtigen Faktor bei der Prävention von psychischen Fehlbelastungen am Arbeitsplatz dar. Diese erfahren in den letzten Jahren zunehmende Aufmerksamkeit von Seiten der betrieblichen Gesundheitsförderung.¹⁷⁹

Mit der Veränderung des Arbeitsmarktes weg von hauptsächlich körperlicher hin zu Dienstleistungen und wissensbasierten Tätigkeiten sind für den Arbeitsschutz nicht mehr alleine die physischen Belastungen am Arbeitsplatz von Belang, sondern zunehmend auch die psychischen. Übersteigen sie die Bewältigungsfähigkeiten der

¹⁷⁷ Riechert 2011, Seite 123.

¹⁷⁸ Vgl. Riechert 2011, Seite 136f. Ein Gesprächsleitfaden steht unter www.springer.com/978-3-642-16979-3 zum Download zur Verfügung.

¹⁷⁹ Vgl. Egger-Subotitsch et al. 2013.

Mitarbeitenden, haben sie vor allem bei länger andauernder Einwirkung bzw. bei gegebener Vulnerabilität das Potenzial psychische Störungen auszulösen, die ihnen ausgesetzt sind.

4.2.1 Belastung, Beanspruchung und Beanspruchungsfolgen

Ob und wie es dazu kommt, dass Überforderungssymptome oder psychische Krisen durch psychische Belastung am Arbeitsplatz ausgelöst werden, wird im so genannten »Belastungs-Beanspruchungsmodell« dargestellt. In diesem Modell werden psychische Belastungen grundsätzlich als neutral angesehen und definiert als »(...) die Gesamtheit der von außen auf den Menschen psychisch einwirkenden Einflüsse, während die psychische Beanspruchung die individuelle, zeitlich unmittelbare, d.h. nicht langfristige Auswirkung der psychischen Belastung im Menschen in Abhängigkeit von seinen individuellen Voraussetzungen und seinem Zustand beschreibt«. ¹⁸⁰

Das zentrale Kriterium ist also, wie eine einzelne Person die Belastung erlebt, und dieses Erleben ist de facto ein »somato-psychisch-kognitiver« Zustand, in dem Körper, Fühlen und Denken zusammenfallen. Unterschiedliche Belastungen werden von unterschiedlichen Personen auch unterschiedlich wahrgenommen und bewältigt. Die psychische Beanspruchung ist also ein Produkt aus Art und Umfang der Belastung und der individuellen Reaktion darauf. Aus der Beanspruchung können sowohl positive (etwa Lernerfolge, Stärkung des Selbstbewusstseins, Erweiterung der Kompetenzen) als auch negative Folgen entstehen. Eine häufige negative Beanspruchungsfolge im Kontext von Erwerbsarbeit ist psychischer Stress, der dann entsteht, wenn eine Situation von dem oder der Betroffenen als nicht bewältigbar erlebt wird. ¹⁸¹

Die Belastungen in der Arbeit kommen den Mitarbeitenden in Form von Anforderungen an sie entgegen, die einerseits die Arbeitsaufgaben selbst, aber auch das Arbeitsumfeld und die Organisationsstrukturen mit sich bringen. Einige der Anforderungen werden dabei von allen Mitarbeitenden als negative Beanspruchung wahrgenommen. Sie werden deshalb Stressoren genannt. Zu diesen zählen zeitliche Überlastung, nicht verfügbare oder unklare Informationen, Arbeitsunterbrechungen, aber auch Arbeitsplatzunsicherheit, Ungerechtigkeit sowie soziale Konflikte im Team oder mit Vorgesetzten. ¹⁸²

Negative Beanspruchungsfolgen, wie sie in Tabelle 16 dargestellt sind, können sich körperlich, aber auch im Erleben und Verhalten der Betroffenen niederschlagen. Sie können von kurzer Dauer oder langfristig bzw. chronisch wirken.

Tabelle 16: Kurz- und langfristige Folgen ungünstiger Arbeitsbelastungen

Folgen ungünstiger Arbeitsbelastungen	eher kurzfristige negative Beanspruchung(sfolgen)	eher langfristige negative Beanspruchungsfolgen
Psychisch Erleben (Gedanken, Gefühle)	Negative Gedanken, Frustration, Ärger, Aggression, Ermüdung, Unzufriedenheit, Demotivation, Konzentrationsstörungen	Angst, Hoffnungslosigkeit, Erholungsmangel, Burnout, Depression
Verhalten	Fehler, sozialer Rückzug, vermehrte Konflikte	Leistungsmängel, chronischer Substanzmissbrauch, erhöhte Fehlzeiten
Körperlich	Anstieg von Herzfrequenz, Blutdruck, Atemfrequenz, erhöhte Muskelspannung, vermehrte Ausschüttung vom Stresshormon (Cortisol)	Bluthochdruck, koronare Herzerkrankung, Muskel-Skelett-Erkrankung, Magen-Darm-Erkrankung

Quelle: AK-Infoservice 2013, Seite 20

¹⁸⁰ AK-Infoservice 2014, Seite 12.

¹⁸¹ Vgl. AK-Infoservice 2014, Seite 13.

¹⁸² Vgl. AK-Infoservice 2013, Seite 15.

Zwei Faktoren sind maßgeblich dafür verantwortlich, ob die Belastungen von Arbeit letztlich negative Beanspruchungsfolgen zeitigen, und diese sind auch das Ziel von Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Auf der Seite der Individuen geht es um die Stärkung von Ressourcen und die Erlangung von Fähigkeiten und Strategien zur Bewältigung. So kann etwa der Umgang mit Stress trainiert werden und besonders gefährdete Personen profitieren von Training oder Therapie.

Auf struktureller Ebene kann vieles durch Veränderungen in der Arbeitsgestaltung erreicht werden. Aus diesem Grund müssen nach einer Novelle im österreichischen Arbeitsschutzgesetz seit 1.1.2013 psychische Belastungen und Gefährdungen am Arbeitsplatz ermittelt werden.

Leider ist die Literatur zu den Risikofaktoren, die psychische Belastungen am Arbeitsplatz darstellen, etwas unübersichtlich und die Diagnoseinstrumente vielzählig und unterschiedlich. Mögliche Belastungen können in allen Bereichen der Arbeit vorliegen, insbesondere in:

- **Anforderungen der Arbeitsaufgaben und Art der Tätigkeiten** (Umgang mit Menschen, einseitige und gleichförmige Tätigkeiten, hohe Informationsdichte etc.)
- **Sozial- und Organisationsklima** (Zusammenarbeit mit Führungskräften und KollegInnen, Feedbackkultur etc.)
- **Arbeitsumgebung und Arbeitsraum** (Lärm, Klima, Platzverhältnisse etc.)
- **Arbeitsabläufe und Arbeitsorganisation** (Unterbrechungen, fehlende Information, Doppelparbeit, Arbeitszeitgestaltung etc.).¹⁸³

Nach dem oft verwendeten Anforderungs-Kontrollmodell wirkt sich die Kombination von hohen Anforderungen und wenig Kontrolle über die Art der Ausführung, besonders beeinträchtigend auf die psychische Gesundheit von Mitarbeitenden aus. Weil dieses Modell jedoch den individuellen Aspekt bei der wahrgenommenen Beanspruchung vernachlässigt, wurde es zum Modell der Gratifikationskrisen weiter entwickelt. In diesem Modell werden situative Anforderungen, persönliche (intrinsische) Merkmale und Anerkennung, also der Leistungsausgleich, der von Seiten der Arbeitsstelle geboten wird, erfasst. Es wird davon ausgegangen, dass ein Ungleichgewicht von Geben und Nehmen sich besonders fatal auf die psychische Gesundheit der ArbeitnehmerInnen auswirkt. Es trifft hier besonders leistungsbereite Personen mit hoher Verausgabebereitschaft, die sich in Arbeitsverhältnissen mit wenig Lohn, hoher Arbeitsplatzunsicherheit, geringen Aufstiegsmöglichkeiten und wenig Wertschätzung wiederfinden.¹⁸⁴

Schließlich trägt die Lage am Arbeitsmarkt als weiterer sozialer Kontext auch zu psychischen Belastungen bei, denn je angespannter die Lage am Arbeitsmarkt ist, desto größer ist auch die Angst vor Arbeitsplatzverlust und desto eher werden schlechte oder für die jeweilige Person unpassende Arbeitsbedingungen ertragen. Kündigungen vonseiten der ArbeitnehmerInnen kommen dann kaum vor und Beschwerden von Mitarbeitenden haben dann weniger Gewicht, wenn diese leicht ersetzbar sind. »Die Sorge, nicht mehr gesellschaftlich einbezogen, gefragt und gebraucht zu werden, bestimmt viele Menschen, und sie sind deshalb oft bereit, sich an Bedingungen anzupassen, die ihnen nicht gut tun.«¹⁸⁵

Es gibt also Arbeitsbedingungen, die die meisten Menschen negativ beanspruchen. Diese gilt es auszumachen und zu verändern. Die Menschen sind aber auch unterschiedlich belastbar, und schließlich gibt es individuelle Unterschiede bei den inneren und äußeren Bewältigungsressourcen (siehe Kapitel 1.3: Ursachen, Entstehung, Verlauf und Behandlung psychischer Störungen). Damit Arbeit ihr gesundheitsförderliches Potenzial entfalten kann sind also vielfältige Faktoren ausschlaggebend.

¹⁸³ Vgl. AK-Infoservice 2014, Seite 6.

¹⁸⁴ Vgl. Siegrist 2012.

¹⁸⁵ Keupp 2012, Seite 37.

Noch komplexer wird die Situation, wenn wir bedenken, dass das Potenzial zur Bewältigung von psychischen Anforderungen und Belastungen nicht statisch und gleichbleibend ist, sondern sich langsam, aber auch rapide verändern kann. Ressourcen und Fähigkeiten können sich entwickelt, aber auch verschlissen werden. Private Verhältnisse und Lebensereignisse verändern die psychische Stabilität. Menschen, die zuvor gut mit den Belastungen an ihrem Arbeitsplatz zurecht gekommen sind, können durch einen Schicksalsschlag in eine Krise geraten und Personen, die endlich ihre ersehnte Arbeitsstelle gefunden haben, müssen vielleicht feststellen, dass die Arbeitsbelastung auf lange Sicht zu groß sein könnte.

Wenn eine psychische Krise eintritt, eine psychische Störung sich entwickelt oder sich in Anbetracht der Anforderungen bemerkbar macht, dann kann nur rechtzeitiges Handeln jenen Prozess aufhalten, der dazu führt, dass diese Personen über kurz oder lang aus dem Erwerbsleben ausscheiden werden. In der Regel sind hier Veränderungen der (Arbeits-)situation in Kombination mit therapeutischen Maßnahmen erforderlich.

4.2.2 Gute Arbeit

Bei der Beratung von Menschen mit psychischen Störungen oder Belastungen im arbeitsmarktpolitischen Kontext gibt es zwei Ziele, die im Idealfall gleichzeitig und gemeinsam zu erreichen sind, in der Realität jedoch oft im Widerstreit zueinander stehen und als Alternativen gehandelt werden müssen: die Aufnahme einer Erwerbsarbeit und die Verbesserung der (psychischen) Gesundheit.

In dieser Hinsicht muss auf individueller Ebene vieles geklärt werden, etwa welche Wiedereingliederungsinstitutionen die für den Betroffenen oder die Betroffene richtigen Hilfeleistungen anbieten, ob ein Einstieg in den ersten Arbeitsmarkt überhaupt möglich ist, was bestimmte Unternehmen bereit sind an Anpassungen vorzunehmen, ob ein Behindertenausweis, ein offenes Ansprechen der psychischen Störung förderlich oder hinderlich ist, und selbstverständlich auch ob die ganz konkreten Arbeitsbedingungen an der angestrebten Arbeitsstelle mit den krankheitsbedingten Umständen (Symptome, Medikation etc.) zusammen passen.¹⁸⁶

Es gibt jedoch auch ganz allgemein, etwa von Seiten der Gewerkschaften oder ExpertInnen der Gesundheitsförderung einen Diskurs um die Frage, wie Arbeit beschaffen sein sollte, um gut für die Menschen zu sein.¹⁸⁷

Gute Arbeit ist nicht nur frei von körperlich schädigenden oder psychisch beeinträchtigenden Einflüssen. Sie ist zudem förderlich für die Gesundheit in einem umfassenden, sprich bio-psycho-sozialen Sinn und somit auch für die Persönlichkeitsentwicklung.

Aus der Sicht einer handlungstheoretischen Arbeitspsychologie mit humanistischem Weltbild ist der Entscheidungsspielraum der wohl wichtigste Faktor guter Arbeit: »Er bestimmt, ob bei der Aufgabenerledigung noch eigene Ziele gesetzt und entsprechende Planungen zu ihrer Erreichung angestellt und handelnd umgesetzt werden können.«¹⁸⁸ Außerdem sollte die Arbeit ausreichend Kooperations- und Kommunikationsmöglichkeiten bieten und mit anderen, außerberuflichen Tätigkeiten gut vereinbar sein.

Vielfach wird argumentiert, dass gute Arbeit nur im Bereich höherqualifizierter Tätigkeiten möglich sei. Freilich sind diese öfter als andere so beschaffen, dass sie den Kriterien guter Arbeit entsprechen. Folgt man aber der Annahme, dass die Entscheidungsspielraum und andere Qualitätskriterien nicht von der Tätigkeit an sich, sondern von den betrieblichen Rahmenbedingungen, der innerbetrieblichen Kommunikation und der Arbeits-

¹⁸⁶ Vgl. Storck/Plöchl (Hg.) 2015.

¹⁸⁷ Vgl. Egger-Subotitsch et al. 2013, Seite 12f.

¹⁸⁸ Storck/Plöchl (Hg.) 2015, Seite 55.

organisation abhängig sind, dann stehen hier sehr wohl Indikatoren zur Verfügung, die unabhängig vom fachlichen Bereich einer Beurteilung und Veränderung zugänglich sein sollten.

Vor dem Hintergrund der Frage, wie psychisch belastete Menschen wieder nachhaltig im Arbeitsleben Fuß fassen können, ist es unabdingbar über Kriterien guter Arbeit zu sprechen. Doch nicht nur für diese besonders gefährdeten Menschen bzw. im Kontext der Rehabilitation spielt gute Arbeit als Richtschnur eine Rolle, sondern auch im Hinblick auf Prävention und Gesundheitsförderung bzw. im Sinne der humanistischen Forderung nach menschengerechten Arbeitsbedingungen für alle.

Und nicht zuletzt zeigt sich anhand der Beratungspsychologie, dass nur ausreichend attraktive Ziele, die einen Mehrwert gegenüber dem Status quo bedeuten, auch entsprechend verfolgt werden können. Vorausgesetzt sie liegen im Bereich des Möglichen.

5 Psychisch Belastete in Arbeitsvermittlung, Training und Beratung

»Getting and keeping a job is challenging for anyone, especially individuals with a mental illness because of symptoms, side effects, job discrimination and societal stigma«.¹⁸⁹

Ohne über gesicherte Zahlen zu verfügen, sind sich ExpertInnen und ProfessionistInnen darüber einig, dass von psychischen Störungen betroffene Personen, eine zahlenmäßig stark im Steigen begriffene Gruppe innerhalb des arbeitsmarktintegrativen Systems darstellen. Den Krankenkassendaten aus Deutschland ist zu entnehmen, dass dort über ein Drittel jener Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, im Zeitraum eines Jahres mindestens eine psychiatrische Diagnose erhalten haben. Dabei waren die häufigsten affektive Störungen, neurotische und Belastungsstörungen sowie Somatisierungsstörungen.¹⁹⁰ Für Österreich liegen keine derartigen Daten vor, für eine Studie im Burgenland wurden aber Daten von AMS-Kundinnen, die Diagnosen vorgelegt hatten, gesichtet, und auch hier zeigt sich eine ähnliche Verteilung mit 55,1 Prozent in der Kategorie der affektiven Störungen und 26,5 Prozent neurotische, Belastungs- und Somatisierungsstörungen. Außerdem fanden sich 10,9 Prozent der Diagnosen in der Gruppe der substanzbezogenen Suchterkrankungen, 7,1 Prozent unter Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen und 5,5 Prozent Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.¹⁹¹

Sowohl die im Umfeld der deutschen als auch der österreichischen Studie befragten AkteurInnen, also VermittlungsberaterInnen und FallmanagerInnen gingen von einer sehr hohen Dunkelziffer aus und schätzten den Anteil an KundInnen arbeitsmarktintegrativer Institutionen, die an psychischen Beeinträchtigungen leiden, auf fünfzig Prozent bis zu zwei Drittel der KlientInnen.

Die meisten Trainings- und Beratungsangebote im arbeitsmarktintegrativen Kontext sind aber nicht auf die speziellen Bedürfnisse dieser Zielgruppe ausgerichtet, Enttäuschung und Frustration bei den beteiligten Personen sind oft die Folge. Widerstand, Ressentiment, Konflikte und Missverständnisse sind häufig und zudem werden psychische Symptome nicht selten als mangelnde Motivation oder Arbeitsunwilligkeit interpretiert, etwa wenn Antriebslosigkeit oder Angst den Betroffenen als mangelnde Kooperationsbereitschaft ausgelegt werden.¹⁹² Für die KundInnen stellt dieser Umstand ein zusätzliches Gesundheitsrisiko, für die BeraterInnen und TrainerInnen zumindest eine erhebliche Stressbelastung dar.

189 Peterson et al., Seite 27.

190 Vgl. Schubert et al. 2013, Seite 7.

191 Vgl. Egger-Subotitsch et al. 2015, Seite 20.

192 Vgl. Schubert et al. 2013, Seite 29.

5.1 Arbeitslos und psychisch krank – ein Teufelskreis

Wie bereits in den vorangegangenen Abschnitten ausgeführt, steigt infolge einer psychischen Erkrankung das Risiko arbeitslos zu werden. Bei leichten psychischen Störungen ist dieses Risiko zwei- bis dreimal, bei schwerwiegenden Erkrankungen gar sechs- bis siebenmal so hoch wie im allgemeinen Durchschnitt.¹⁹³

Bereits im Vorfeld setzt der drohende Arbeitsplatzverlust die Betroffenen enorm unter Druck, was dazu führt, dass sie oft noch mehr geben, sich überfordern, mit Schuldgefühlen zu kämpfen haben und sich ihr psychischer Zustand dadurch noch mehr verschlechtert. Aber nicht nur Vorbelastete sind davon betroffen. Arbeitsplatzunsicherheit ist an sich ein extremer Stressfaktor und erhöht das Risiko für psychische Störungen um 33 Prozent.¹⁹⁴

Tritt der Arbeitsplatzverlust tatsächlich ein, so ist dies für viele eine (zusätzliche) psychische Belastung, die eine Krise (siehe Kapitel 2: Psychische Krisen und Krisenintervention) und somit eine Ersterkrankung, Rückfälle oder die Verschlimmerung von psychischen Krankheiten auslösen kann. Manchmal wird die Arbeitslosigkeit zu Beginn als Erleichterung wahrgenommen, weil die tägliche Beanspruchung wegfällt. In der Regel dauert es jedoch nicht lange, bis die negativen Auswirkungen überwiegen. Auch wenn von Arbeitslosigkeit Betroffene unterschiedlich reagieren, so lassen sich doch auch hier allgemeine Stressoren bestimmen:

- Verlust von sinnvoller Tätigkeit und Anforderung
- Verlust des sozialen Netzwerkes im täglichen Arbeitsumfeld
- Verlust einer festen Tagesstruktur
- Stigmatisierung durch die Gesellschaft
- Finanzielle und materielle Einbußen
- Unsicherheit bezüglich der Zukunft
- Enge Rahmen, Pflichten und Anforderungen durch den Gesetzgeber ohne entsprechende Entlohnung und Sicherheit einer Wiederbeschäftigung¹⁹⁵

Psychische Beeinträchtigung, die zu Arbeitslosigkeit führt und Arbeitslosigkeit, die die psychische Gesundheit beeinträchtigt sind also zwei Wirkungszusammenhänge, die sich gegenseitig verstärken und mit der dritten empirischen Feststellung, nämlich dass psychisch beeinträchtigte Arbeitslose deutlich schwerer in den Job zurück finden und häufiger von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen sind, das Bild eines Teufelskreises zeichnen, der eine verheerende Dynamik entwickeln kann, wenn nicht entsprechend gegengesteuert wird. Andernorts wurde dieser Circulus Vitiosus bereits besprochen und auf konkrete Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf Gesundheit sowie vorgeschlagene Maßnahmen der Gesundheitsförderung eingegangen.¹⁹⁶

Für Menschen mit psychischen Störungen, die auf Arbeitsuche sind, kumulieren sich demnach Belastungsfaktoren, was eine Bewältigung so schwierig und komplex macht. Es gilt die Erkrankung zu managen, die Arbeitslosigkeit zu überwinden, und viele der Betroffenen leiden zusätzlich an körperlichen Symptomen, die den Alltag beschwerlich machen.¹⁹⁷ Viele Menschen tendieren aufgrund dieser Mehrfachproblematiken zu passiven oder gar selbstschädigenden Bewältigungsmustern. Alkohol- und Drogenkonsum steigen, soziale Isolation und Hoffnungslosigkeit schreiten fort, während Kompetenzen und Ressourcen zunehmend schwinden und abgebaut werden. Die psychische Verfassung ändert sich drastisch, je länger die Arbeitslosigkeit andauert.

¹⁹³ Vgl. OECD 2012, Seite 12.

¹⁹⁴ Vgl. OECD 2012, Seite 52.

¹⁹⁵ Vgl. Kuhnert / Kaczerowski 2011, Seite 11.

¹⁹⁶ Vgl. Egger Subotitsch et al. 2013, Seite 29.

¹⁹⁷ Vgl. Egger-Subotitsch et al. 2014.

Vier Arten von Teufelskreisen können dabei ausgemacht werden:

- »ein »**aktionaler** Teufelskreis«, der darauf beruht, dass erfolglose Bemühungen letztendlich zu Apathie und Rückzug führen;
- ein »**emotionaler** Teufelskreis, da ein Wechselbad von Hoffnungen und Enttäuschungen zu Labilisierung und Depressivität beiträgt;
- ein »**kognitiver** Teufelskreis, da sich die Erwartung von Hilflosigkeit habitualisiert und das Selbstvertrauen untergräbt;
- und ein »**motivationaler** Teufelskreis«, vor allem gekennzeichnet durch Erosion zielstrebigter Aktivitäten«. ¹⁹⁸

Psychische Krisen und Störungen hängen mit (vor allem Langzeit-)Arbeitslosigkeit zusammen, bedingen einander gegenseitig. Erst kürzlich machte eine im Lancet veröffentlichte Studie mit dem Ergebnis auf sich aufmerksam, dass in Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit das Suizidrisiko um das Neunfache erhöht sei. ¹⁹⁹ Umso wichtiger ist es, beide Problematiken gemeinsam anzugehen und zunehmend verschränkte Unterstützungssysteme zu schaffen.

Aus gutem Grund wird vielfach kritisiert, dass psychiatrische Rehabilitation zu wenig auf die berufliche Dimension eingeht, während der Aspekt der Gesundheitsförderung im arbeitsmarktpolitischen Bereich immer noch vernachlässigt wird.

5.2 Spezifische Problemlagen

Psychisch Erkrankte leiden häufig darunter, dass ihre Befindlichkeit und ihre Krankheitsbeschwerden unberechenbar und »unsichtbar« sind. Auch Nebenwirkungen eingenommener Psychopharmaka, die auch bei Dosisänderungen auftreten können, tragen zu Stimmungswechseln oder plötzlichem Auftreten körperlicher Symptome bei. Das macht es schwierig, die eigene Arbeitsfähigkeit und Belastbarkeit verlässlich einzuschätzen und führt zu einem Gefühl großer Verunsicherung. Kommt dann noch Unverständnis des Umfelds hinzu, ist Selbstwertverlust vorprogrammiert. ²⁰⁰

Das System der Arbeitsvermittlung ist für Betroffene ein Teil eines unüberschaubaren und komplexen Hilfesystems, das zu überblicken auch für ExpertInnen nicht leicht ist. Sie wissen nicht, was sie an Unterstützung bekommen können und haben Angst vor möglichem Druck und Sanktionen, sollten sie nicht in der Lage sein, den von außen an sie herangetragenen, oft unausgesprochenen Erwartungen zu entsprechen. Aus Angst vor Unverständnis, Vorurteilen oder vermuteten systembedingten Nachteilen verschweigen viele ihre Erkrankung.

Unter gewissen Umständen ist es durchaus möglich, dass psychisch Erkrankte auch vom Regelprogramm des AMS profitieren. Als positiv bewerten Betroffene etwa den Aufbau einer Tagesstruktur oder sozialer Hilfsnetzwerke, die ihnen durch den Kursbesuch ermöglicht werden. Vielen gelingt es auch ihre Kompetenzen zu erweitern und somit ihr Selbstwertgefühl zu steigern. Als hilfreich werden auch passende Information und Beratung empfunden, vorausgesetzt diese ist frei von Zwang. Dass dies alles möglich ist, hängt aber immer ganz zentral von den Kompetenzen der TrainerInnen und BeraterInnen ab. ²⁰¹

¹⁹⁸ Kuhnert 2007, Seite 22.

¹⁹⁹ Vgl. Nordt et al. 2015.

²⁰⁰ Vgl. Egger-Subotitsch et al. 2014.

²⁰¹ Vgl. ebenda.

Am meisten leiden Betroffene im Kontakt mit Institutionen der Arbeitsmarktintegration unter:

- Intransparenz
- Mangelnder Kontinuität – Verantwortungs- und Zuständigkeitsdiffusion
- Überforderung und Orientierungslosigkeit
- Informationsdefiziten
- Demotivation und Resignation
- Ängsten und Unsicherheit²⁰²

Weitere Kritikpunkte in Hinblick auf die besonderen Bedürfnisse der KlientInnengruppe sind »(...) als zu groß empfundenen Teilnehmergruppen, die fehlende Niederschwelligkeit und Kleinschrittigkeit der Angebote, einen Mangel an psychologischer und/ oder pädagogischer Betreuung sowie die zu schwache Anbindung an potenzielle Arbeitgeber«. ²⁰³

Das Wissen darum, dass die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit in der Regel zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes führt, bestätigt die Reintegration als trotz aller Schwierigkeiten erstrebenswertes Ziel und die Notwendigkeit maßgeschneiderter und treffsicherer Unterstützung für Betroffene. Es gilt eine Tätigkeit zu finden, die den eigenen Möglichkeiten und Fähigkeiten entspricht, und sowohl zur individuellen Fachkompetenz als auch den persönlichen Eigenschaften und Handlungsspielräumen passt.

5.2.1 Die Frage der Arbeitsfähigkeit

Die Diagnose einer psychischen Störung sagt an sich noch nichts über die Arbeitsfähigkeit der betroffenen Person aus. Denn während manche Betroffene sogar mit schweren psychischen Störungen eine stabile Berufsausübung schaffen oder wiedererlangen, kann für andere bereits eine subklinische psychische Belastung dafür sorgen, dass sie längerfristig nicht in der Lage sind, ihre Arbeit auszuüben.

Psychische Störungen beeinträchtigen häufig folgende Fähigkeiten, wobei natürlich große individuelle und störungsspezifische Unterschiede bestehen:

- Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen
- Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben
- Flexibilität und Umstellungsfähigkeit
- Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen
- Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit
- Durchhaltefähigkeit
- Selbstbehauptungsfähigkeit
- Kontaktfähigkeit zu Dritten
- Gruppenfähigkeit
- Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen
- Fähigkeit zu Spontan-Aktivitäten
- Fähigkeit zur Selbstpflege
- Verkehrsfähigkeit²⁰⁴

²⁰² Vgl. Egger-Subotitsch et al. 2014, Seite 47ff.

²⁰³ Schubert et al. 2013, Seite 79.

²⁰⁴ Vgl. Muschalla/Linden 2013, Seite 39f.

Sicherlich spielen auch weitere Individualfaktoren eine Rolle. Einstellungen, Werthaltungen oder subjektive Krankheitstheorien haben durchaus eine Wirkung auf die Arbeitsfähigkeit, wie bereits in einer anderen Studie der Autorinnen diskutiert wurde.²⁰⁵

Eine große Rolle spielen aber auch die subjektiv erlebte Krankheitslast, Nebenwirkungen von Medikamenten, das Vorhandensein oder Fehlen sozialer Unterstützung, und nicht zuletzt die spezifischen Anforderungen der angestrebten bzw. aktuell ausgeübten beruflichen Tätigkeit und deren ganz konkrete Rahmenbedingungen.

All diese Aspekte sind insbesondere bei der Erarbeitung von Berufszielen, aber auch bei der Planung von vermittlungunterstützenden Maßnahmen und Qualifizierungskursen zu beachten, denn viel zu oft werden Beeinträchtigungen unbeabsichtigt über Fehleinschätzungen und Sanktionen bestraft und intensiviert. Auch die Aufnahme von unpassenden Arbeitsverhältnissen und anschließendem Scheitern hat durchaus das Potenzial psychische Krisen bei vulnerablen Personen auszulösen. Hier ließe sich mit einer entsprechenden Offenheit und Abklärung viel Stress und Frustration auf allen Seiten vermeiden.

Oft hindern bewusste und unbewusste Ängste vor Fehlbelastung und Wiedererkrankung Betroffene an der Arbeitswiederaufnahme, oder sie verbergen aus Scham bzw. aus Angst vor Ablehnung oder Unverständnis ihre Probleme und erzeugen dadurch Widersprüche, manchmal hindert aber einfach die individuelle Symptomatik die eigenen Interessen adäquat durchzusetzen.

»Jede Art von Funktionsstörung kann alle Fähigkeiten beeinträchtigen. Fähigkeitsbeeinträchtigungen können dann in Abhängigkeit von den Rollen- und Kontextanforderungen von Relevanz oder aber auch völlig belanglos sein, d.h. zu Partizipationsstörungen führen oder auch nicht. Verschiedene psychische Erkrankungen bzw. Symptome können zu ähnlichen Problemen bei der Arbeit führen. Andererseits können gleiche Symptome abhängig vom Anforderungskontext aber auch zu unterschiedlichen Problemen bei der Arbeitsausübung führen.«²⁰⁶

Das Konzept der Arbeitsfähigkeit wird aufgrund dieser Erkenntnisse zunehmend komplexer formuliert. So etwa im Modell »Haus der Arbeitsfähigkeit«, das all diese Dimensionen in Form von Stockwerken veranschaulicht. Das Modell sowie das dazugehörige Erhebungsinstrument, der Arbeitsbewältigungsindex, welcher innerhalb des österreichweiten Projekts »fit2work« eingesetzt wird, wurden ebenfalls bereits in oben erwähnter Studie ausführlich besprochen.²⁰⁷

Zur Erhebung der Arbeitsfähigkeit als Maß der der Passung zwischen Individuum und Umwelt, oder konkret, der Fähigkeiten einer Person (unter Berücksichtigung der krankheitsbedingten Beeinträchtigung einzelner dieser Fähigkeiten) und den für die Ausübung einer ganz bestimmten beruflichen Tätigkeit erforderlichen Handlungskompetenzen, wurden diverse Erhebungsinstrumente entwickelt, die vor allem im Bereich der Rehabilitation eingesetzt werden.²⁰⁸

Im deutschsprachigen Raum wird häufig MELBA (Merkmalsprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit) zur sozialmedizinischen Diagnostik herangezogen. Es umfasst insgesamt 29 Schlüsselqualifikationen aus den Bereichen kognitive Fähigkeiten, soziale Fähigkeiten, Fähigkeiten zur Art der Arbeitsausführung, psychomotorische Fähigkeiten und Kulturtechniken / Kommunikation, die einzeln auf einer Skala von eins bis fünf bewertet werden.

Anschließend werden die Anforderungen der angestrebten Tätigkeit erfasst und die beiden Profile abgeglichen.²⁰⁹

205 Vgl. Egger-Subotitsch et al. 2014a.

206 Muschalla / Linden 2013, Seite 40.

207 Vgl. Egger-Subotitsch et al. 2013.

208 Vgl. Egger-Subotitsch et al. 2006 (aktuelle Überarbeitung in Publikation).

209 Eine ausführliche Beschreibung des Instruments findet sich in der Methodendatenbank des AMS-Forschungsnetzwerkes unter www.ams-forschungsnetzwerk.at.

Eine konsequente Anwendung des Konzepts der Passung zwischen Person und Arbeitsplatz bezieht noch weitere Aspekte, wie etwa individuelle Bedürfnisse und Charaktereigenschaften der Person oder auch Benefits, die die Tätigkeit bietet, in die Beurteilung mit ein.

Der Vorteil besteht darin, dass man sich ein wenig von der reinen Defizitorientierung entfernt, indem davon ausgegangen wird, dass alle Menschen unterschiedliche Fähigkeiten und Ansprüche haben, und aufgrund der Diversifizierung der Tätigkeitsprofile ein weites Spektrum an Möglichkeiten zur Verfügung steht.

So können beispielsweise bestimmte Persönlichkeitsakzentuierungen, die sich womöglich in der Teamarbeit als ungünstig erweisen, bei Tätigkeiten, die vorwiegend Durchsetzungskraft verlangen, vorteilhaft sein.²¹⁰

Mit der ICF, der **Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit** hat die WHO ein Konzept entwickelt, das eine sehr komplexe und umfangreiche Analyse relevanter Faktoren für eine solche Person-Umwelt-Passung erlaubt.

Diese werden in vier Kategorien eingeteilt:

- 1) Körperfunktionen
- 2) Körperstrukturen
- 3) Aktivität und Partizipation
- 4) Umweltfaktoren

Die Körperfunktionen und Körperstrukturen können auf physischer Ebene geschädigt oder auf mentaler bzw. psychischer Ebene beeinträchtigt sein: »Kommt es zu Funktionsstörungen, dann sind sie gleichzusetzen mit üblichen Krankheitssymptomen. Für den Bereich der psychischen Erkrankungen sind primär die mentalen Funktionen von Bedeutung, d.h. Funktionen des Bewusstseins, der Orientierung, der Emotionalität und des Schlafes«.²¹¹

Aktivitäten äußern sich im positiven Sinne als Leistungsfähigkeit, die wiederum beeinträchtigt sein kann, oder auch als Kompetenzen, die jemand besitzt oder nicht bzw. durch Trainings, Qualifizierung und Therapie (wieder-)erlangen könnte.

Aufgrund von körperlicher oder psychischer Behinderung kann es auch zu Einschränkungen der Teilhabe an wichtigen Lebensbereichen kommen. Teilhabe soll durch Integration ermöglicht werden, und ob sie letztlich erfolgt oder nicht, hängt nicht nur von den Individuen, sondern auch von den betreffenden sozialen Systemen und deren Integrations- bzw. Inklusionspotenzial ab.

Die im ICF erfassten Kontextfaktoren werden aufgeteilt in Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren. Sie können sich als Barrieren oder fördernde Faktoren für die Arbeitsfähigkeit der Person darstellen. Es empfiehlt sich daher eine genaue Analyse der mit der angestrebten Tätigkeit verbundenen Rollenerwartungen und, sofern möglich, ihrer speziellen Rahmenbedingungen, die auch innerhalb eines Berufsfeldes je nach konkretem Einsatzort oder Spezialisierung massiv variieren können.

Die personenbezogenen Faktoren sprechen die verlangten fachlichen und überfachlichen Qualifikationen an, die für die Ausübung einer Tätigkeit nötig sind.²¹²

²¹⁰ Vgl. Muschalla/Linden 2013, Seite 38, zitiert nach Cramer/ Davidhizar 2000.

²¹¹ Muschalla/Linden 2013, Seite 39.

²¹² Vgl. Muschalla 2012.

5.2.2 Ängste und Unsicherheit

Von psychischen Störungen betroffene Menschen im arbeitsmarktintegrativen Kontext leiden unter anderem in einem hohen Ausmaß an Angst- und Unsicherheit. Studien bestätigen, dass unter RehapatientInnen jene mit psychischen Problemen weit häufiger von Ängsten betroffen sind als jene mit körperlichen Krankheiten, und dass berufsbezogene Ängste einen wesentlichen Beitrag zu höherer Ausprägung und längerer Dauer von Arbeitsunfähigkeit leisten.²¹³

Jede berufliche Tätigkeit birgt mögliche Auslöser für Ängste. Zu befürchten können sein: hohe objektive und subjektive Leistungsanforderungen mit der damit verbundenen Angst diese nicht mehr zu bewältigen, also überfordert zu werden und zu scheitern, Angst vor möglichen Sanktionen bis hin zur Kündigung, soziale Konflikte oder generell die Erfahrung mit den innerbetrieblichen »Hackordnungen« unter der KollegInnenschaft bzw. Mobbing, körperliche oder verbale Angriffe durch Dritte (etwa KundInnen oder Außenstehende), Veränderungen und der damit einhergehende Kontrollverlust, Berufsunfälle, Gesundheitsschäden, aber auch Angst vor Jobverlust, vor dem Alter und vor Krankheit als Risikofaktoren für die berufliche Existenz.²¹⁴

Noch ausgeprägter sind solche Ängste, wenn Betroffene bereits ähnliche Erfahrungen gemacht haben. Negative Erlebnisse im Beruf haben das Potenzial Krisen und in deren Folge psychische Störungen aus dem gesamten Spektrum der Angsterkrankungen (siehe Kapitel 3.4.1: Angststörungen) mit Bezug auf Arbeit auszulösen.

Ein gar nicht so seltenes Extremszenario, das oft am Ende einer Abwärtsspirale aus psychischen Problemen und Arbeitsbelastungen eintritt, ist eine so genannte Arbeitsplatzphobie, bei der eine betroffene Person nicht mehr in der Lage ist, zur Arbeit zu gehen, und auch schon der Gedanke daran KollegInnen zu treffen oder in die Nähe des Arbeitsplatzes zu kommen Panikattacken und Angstzustände auslösen kann: »In Untersuchungen an Patienten in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik wurde gefunden, dass arbeitsplatzphobische Entwicklungen häufig nach einem als belastend erlebten Ereignis am Arbeitsplatz beginnen. Bei 57 Prozent der Patienten mit einer arbeitsplatzphobischen Symptomatik kam es zu einer »Krankschreibung«, also Arbeitsunfähigkeit, in weiteren 23 Prozent war eine solche Entwicklung bereits geendet mit einem Arbeitsplatzverlust.«²¹⁵

Arbeitsplatzbezogene Ängste können in einem subklinischen Ausmaß vorhanden sein, sich zu einer Störung auswachsen oder aber zusätzlich zu einer Angsterkrankung oder jeder anderen psychischen Störung als Sekundärerkrankung auftreten. Behandelt werden sollten sie wie andere Angststörungen auch, jedoch gibt es zusätzliche Möglichkeiten der Anwendung von Methoden aus dem Repertoire der betrieblichen und arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung.²¹⁶

5.3 Veränderungsbereitschaft und Motivation

Beratung und Therapie sollen im Sinne einer Unterstützung bei der Problembewältigung jene Mechanismen fördern, die dazu führen, dass Menschen ungünstige Denkmuster und problematische Verhaltensweisen ablegen und sich neue, zur Bewältigung geeignetere, aneignen.

²¹³ Vgl. Muschalla/Linden 2013, Seite 40.

²¹⁴ Vgl. Muschalla/Linden 2013.

²¹⁵ Muschalla/Linden 2013, Seite 66.

²¹⁶ Vgl. Egger-Subotitsch et al. 2013.

Veränderung ist aber niemals einfach zu bewerkstelligen, so braucht es dafür einer ordentlichen Portion Mut und Motivation. Grundlegend wird zwischen intrinsischer und extrinsischer Motivation in Hinblick auf ein bestimmtes Ziel unterschieden.

Die extrinsische kann durch Aussicht auf Belohnung oder Sanktionsandrohung, Gesetze oder andere explizite Impulse von außen aktiviert werden, während die intrinsische Motivation aus dem Inneren der Person kommt. Im Allgemeinen wird durch intrinsische Motivation initiierten Handlungsimpulsen nachhaltigeres und wirksameres Veränderungspotenzial zugeschrieben.²¹⁷

Doch wie und warum verändern sich Menschen aktiv, und kann dieser Prozess von außen beeinflusst werden?

Millner und Rollnick gehen davon aus, dass es zur Veränderung drei Dinge braucht: Absicht, Fähigkeit und Bereitschaft.²¹⁸

- **Absicht:** Nur wenn eine ausreichend große Diskrepanz zwischen einem Ist-Zustand und einem Soll-Zustand besteht, wird die Wichtigkeit einer Veränderung so hoch eingeschätzt, dass tatsächlich eine Absichtsbildung stattfinden kann. Bei der Absichtsbildung spielen Einstellungen und Werte eine große Rolle.
- **Fähigkeit:** Zur empfundenen Diskrepanz muss auch die Zuversicht treten, eine Veränderung schaffen zu können. Solange diese nicht vorhanden ist, bleiben der Person in der Beratung nur Abwehrmechanismen, um den Druck zwischen »Sollen« aber »Nicht-Können« auszuhalten. Sie wird sich widerständig, desinteressiert und abwehrend verhalten, solange sie sich vom angestrebten Schritt überfordert fühlt. Nicht selten wird aus diesem Grund die Absicht geleugnet oder wieder verworfen.

Gerade bei Menschen mit psychischen Belastungen, bei denen Überforderungssituationen oder Erlebnisse des Scheiterns sich sehr ungünstig auf den Krankheitsverlauf auswirken können, ist es wichtig, weitgehend ohne Druck und Zwang, sondern ausgehend von der Überzeugung, aufgrund der eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen einer Herausforderung gewachsen zu sein, Veränderungen anzugehen: »Motivierung heißt deshalb auch oft auch, die Selbstwirksamkeitserwartung eines Klienten zu steigern und ihn in einen Zustand zu versetzen, in dem er wirklich daran glaubt, seinem Leben durch seine eigenen Anstrengungen eine neue Richtung geben zu können.«²¹⁹

- **Bereitschaft:** Diese stellt sich erst dann ein, wenn die Faktoren, die für eine Veränderung wirken, stärker sind als jene, die dagegen halten. In der Beratung lässt sich die Bereitschaft anhand der Zunahme von »Change Talk« im Vergleich zu Äußerungen über den Status quo erkennen.

5.3.1 Das Rubikon-Modell

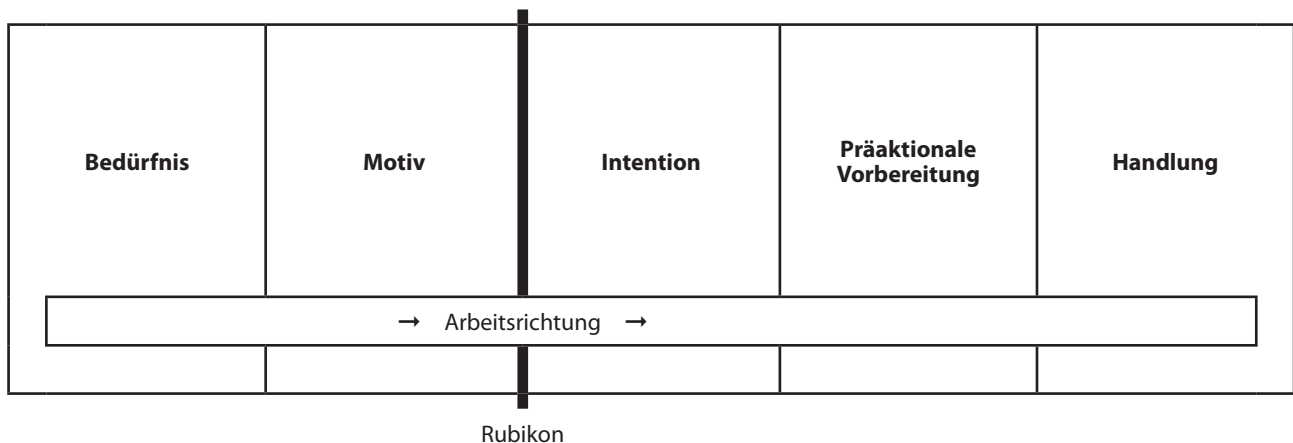
Zum Ablauf von Veränderungen gibt es in der neueren Beratungsliteratur so genannte »Phasenmodelle« der Veränderung. Als theoretischer Hintergrund wird sehr oft das Rubikon-Modell eingesetzt. Dieses hatte in der ursprünglichen Version von Heckhausen (1987) vier Phasen, nämlich die prädezyonale Phase (Abwägen), die präaktionale Phase (Planen), die aktionale Phase (Handeln) und die postaktionale Phase (Bewerten).

Das überarbeitete Modell von Grawe (1998), wie es das Zürcher Ressourcenmodell (siehe Kapitel 7.14) verwendet, lässt sich wie folgt darstellen:

²¹⁷ Vgl. auch Egger-Subotitsch et al. 2014a.

²¹⁸ Vgl. Millner/Rollnick 2004, Seite 27ff.

²¹⁹ Sachse/Langens/Sachse 2012, Seite 18f.

Abbildung 3: Der Rubikon-Prozess nach ZMR

Quelle: Storch / Krause 2011, Seite 65

Dem Prozess ist noch eine weitere Phase vorgelagert, in der der betreffenden Person ihre Motive noch nicht bewusst sind. Ihre Beweggründe für das aktuelle (Problem-)Verhalten liegen noch im Dunkeln. Unbewusste Bedürfnisse können im Gegensatz zu bewussten Motiven stehen, was oft ein Grund dafür ist, dass wir Dinge, die wir uns vornehmen nicht verwirklichen können und unseren vermeintlichen Zielen zuwiderhandeln.²²⁰

In der Motivierungsphase geht es um die Zielentwicklung, wobei zwischen Vermeidungszielen und Annäherungszielen unterschieden wird. Es geht um die Fragen »Was will ich?« bzw. »Was will ich nicht?« und es findet ein offenes Abwägen und gedankliches Durchspielen von Möglichkeiten statt.²²¹

»Aus eigener Erfahrung kennen viele professionelle Beratungspersonen diesen Verlauf des ›Wünschens und Wägens‹ sicher genauso gut, wie aus der Arbeit mit KlientInnen. Dies ist die Zeit des Sammelns von Informationen. Bücher werden angeschafft, das Internet wird durchstreift, Freunde werden zu Diskussionen des ›Für und Wider‹ herangezogen. Im günstigen Fall findet diese Abwägephase irgendwann ein Ende, und ein Motiv setzt sich durch.«²²²

Fällt die betreffende Person dann eine Entscheidung, überschreitet sie den Rubikon, indem sie sich auf ein bestimmtes Ziel festlegt. Der Grad der Entschlossenheit markiert hier die Verbindlichkeit und den Einsatz von Energie und Arbeit zur Erreichung des Ziels auch gegen Widerstände. Eine »echte Entscheidung« bedeutet, dass die Konflikte und Zweifel weitestgehend beseitigt sind und ein hohes Maß an Commitment zu erwarten ist.²²³

Der Übergang von Motiv zu Intention ist ein kritischer Punkt. Widerstreitende Motive (und Bedürfnisse) können den Betroffenen schwere innere Konflikte bereiten und sich zu psychischen Problematiken auswachsen.

Der Kern therapeutischen Handelns liegt oft gerade darin, hier einen Ausweg zu finden. Vieles spricht dafür, dass Gefühlszustände beim Überschreiten des Rubikons eine große Rolle spielen. Körpersignale oder Emotionen, so diese Theorie, sind die entscheidenden »Stop-« oder »Go-«-Signale bei Motivationsprozessen.²²⁴

²²⁰ Vgl. Storch / Krause 2011, Seite 67.

²²¹ Vgl. Sachse / Langens / Sachse 2012, Seite 32.

²²² Storch / Krause 2011, Seite 69.

²²³ Vgl. Sachse / Langens / Sachse 2012, Seite 36f.

²²⁴ Vgl. Storch / Krause 2011, Seite 71.

5.3.2 Doppelter Annäherungs-Vermeidungskonflikt

An der Schwelle bzw. dem Rubikon zur Veränderung wirken zwei Kräfte gegeneinander. Auf der einen Seite steht die Motivation positiv besetzte Ziele zu erreichen. Daraus ergibt sich eine Annäherungstendenz in Prozessrichtung. Dagegen wirkt aber die Vermeidungstendenz, die uns vor den Kosten der Veränderung zurückschrecken lässt. Die Kraft der Vermeidungstendenz wird gerade dann sehr stark, wenn die betroffene Person im Begriff ist, sich dem anvisierten Ziel zu nähern: »Man strebt ein Objekt gleichzeitig an und fürchtet es. Je mehr man sich dem Objekt annähert, umso stärker wird das Verlangen, aber auch die Furcht (...). Bei diesem Konflikttyp ist der Betreffende gewissermaßen Gefangener seiner eigenen Ziele: Weder kann er das Ziel erreichen, noch kann er es aufgeben. Er ist im Konflikt gefangen.«²²⁵

Das Vorhandensein alternativer Entscheidungsoptionen mit ihren jeweils positiven und negativen Seiten kann zu einem doppelten Annäherungs-Vermeidungskonflikt führen. Für beide Ziele gilt der Konflikt, wird aber durch die Wechselwirkungen zwischen den beiden Zielen noch verstärkt. Denn sich für ein Ziel zu entscheiden bedeutet auch, das andere vielleicht aufgeben zu müssen. Der Verzicht kann sich auf der Kostenseite des anderen Zieles niederschlagen und so Vermeidungstendenzen verstärken. Diese Ambivalenzen lassen sich nicht verhindern, sie erfordern eine Bearbeitung. Die Förderung intrinsischer Motivation und die Stärkung des Selbstwirksamkeitserlebens können aber dabei helfen, Konflikte und Diskrepanzen abzumildern.²²⁶

5.3.3 Das Transtheoretische Modell der Veränderung

Von Prochaska und DiClemente (1983) stammt das wohl bekannteste Phasenmodell der Veränderung, das Transtheoretische Modell (TTM), das sie durch die Zusammenführung der Theorien zur Veränderung aus den verschiedenen therapeutischen Richtungen entwickelten. Es basiert auf folgenden Annahmen:

- Keine einzelne Theorie kann die Komplexität von Verhaltensänderung erfassen. Praktikable Modelle müssen daher integrativ sein.
- Verhaltensänderung ist ein zeitlicher, stufenförmiger Prozess.
- Diese Stufen sind gleichzeitig stabil und offen für Veränderungen.
- Ohne eine gezielte Intervention kommt es nicht zu einer Veränderung, die über die ersten Stufen hinausgeht. Eine inhärente Motivation, die einzelnen Stufen zu durchlaufen, liegt nicht vor.
- Gesundheitsförderungsmaßnahmen sollen sich von einer handlungsorientierten Sichtweise zu einer stufenspezifischen Sichtweise bewegen, da die meisten Menschen noch nicht zu einer Veränderung bereit sind und daher nicht von solch traditionellen Maßnahmen profitieren.
- Interventionsmaßnahmen müssen stufenspezifisch angepasst werden.
- Die Interventionsmaßnahmen richten sich vor allem auf die Steigerung der Selbstkontrolle.²²⁷

Alle Veränderungsprozesse durchlaufen entweder fünf oder sechs Stufen, abhängig davon, ob die Person irgendwann nicht mehr gefährdet ist, in ihr ungünstiges Verhaltensmuster zurückzufallen oder sie zur Aufrechterhaltung des neuen Verhaltens weiterhin durch gewisse Strategien aktiv beitragen muss.

Rückfälle werfen einen niemals wieder zum Beginn zurück, vorausgesetzt sie werden konstruktiv in den Prozess miteinbezogen. Insofern kann man sich Veränderung als eine spiralförmige Entwicklung vorstellen, wobei jede der Stufen auf jeder Ebene der Spirale repräsentiert ist.

²²⁵ Grawe 2004, Seite 308.

²²⁶ Vgl. Sachse / Langens / Sachse 2012, Seite 48f.

²²⁷ Vgl. Warschburger (Hg.) 2009, Seite 82.

Tabelle 17: Stufen des Transtheoretischen Modells

Stufe im Veränderungsprozess	Merkmale	Interventionen
Sorglosigkeit / Absichtslosigkeit	<ul style="list-style-type: none"> Keinerlei Absicht das Verhalten in den nächsten sechs Monaten zu verändern Sehr stabile Phase, wird ohne Intervention nicht verlassen Druck erzeugt Reaktanz Inanspruchnahme von Beratung bedeutet nicht unbedingt auch Veränderungsbereitschaft! 	<ul style="list-style-type: none"> Steigern des Problembewusstseins Wahrnehmen förderlicher Umweltbedingungen
Bewusstwerden / Absichtsbildung	<ul style="list-style-type: none"> Verhalten wird als problematisch anerkannt Hohe Ambivalenz Noch nicht bereit für Veränderung Kosten der Änderung und positive Aspekte des Status Quo wiegen schwer 	<ul style="list-style-type: none"> Steigern des Problembewusstseins Wahrnehmen förderlicher Umweltbedingungen Emotionales Erleben Selbstneubewertung
Vorbereitung einer Handlung	<ul style="list-style-type: none"> Feste Absicht Klarer Entschluss Selbstverpflichtung (»commitment«) Intention und Handlung werden erstmals kombiniert Entscheidung für eine Herangehensweise 	<ul style="list-style-type: none"> Wahrnehmen förderlicher Umweltbedingungen Emotionales Erleben Selbstneubewertung Selbstverpflichtung
Handlung	<ul style="list-style-type: none"> Initiierung der geplanten Handlung Zielverhalten wird aktiv ausgeführt Problemverhalten erfolgreich für einen Tag bis zu sechs Monaten verändert 	<ul style="list-style-type: none"> Wahrnehmen förderlicher Umweltbedingungen Selbstverpflichtung (Selbst-)Verstärkung Gegenkonditionierung Kontrolle der Umwelt Nutzen hilfreicher Beziehungen
Aufrechterhaltung / Stabilisierung	<ul style="list-style-type: none"> Zielverhalten wird über langen Zeitraum beibehalten Es werden Maßnahmen ergriffen, um nicht in alte Verhaltensmuster zurückzufallen Bei Verhaltensweisen, die einer dauerhaften aktiven Stabilisierung bedürfen, ist dies die letzte Stufe 	<ul style="list-style-type: none"> Selbstverpflichtung (Selbst-)Verstärkung Gegenkonditionierung Kontrolle der Umwelt Nutzen hilfreicher Beziehungen
Beendigung	<ul style="list-style-type: none"> Es besteht keinerlei Gefahr mehr, in alte Verhaltensmuster zurückzufallen 	

Quelle: Nach Warschburger (Hg.) 2009

Beratung hat das Ziel, auf jeder Stufe geeignete Interventionen anzusetzen, um einen Wechsel zur nächsten Stufe zu begünstigen. Diese Interventionen sollen auf der Ebene des Verstandes, der Gefühle und des Verhaltens ansetzen. Eine grundsätzlich gute Intervention zur falschen Zeit kann zu Widerständen oder sogar zur Verstärkung des Problemverhaltens führen. Tendenziell werden in den ersten Phasen eher klärende, erkundende und auf emotionales Erleben abzielende Interventionen eingesetzt, schließlich Ressourcen sondiert und in den letzten Phasen nach und nach Interventionen, die auf die Initiierung und Verfestigung von Verhalten abzielen, eingeführt.²²⁸

Auf welcher Stufe, bzw. in welcher Phase sich eine Person gerade befindet, hängt davon ab, wie sie selbst das Verhältnis zwischen den nach Veränderung drängenden und den zur Stabilisierung tendierenden Kräften sieht.

In den allermeisten Fällen sind Menschen zwischen beiden hin- und hergerissen. Es gibt Pro- und Kontrafaktoren sowohl auf der einen, also auch der anderen Seite, aber nicht alle davon sind der Person im Moment be-

228 Vgl. Warschburger 2009, Seite 87f.

wusst. Die Ambivalenz ist nicht statisch. Mal ist eine Tendenz in die eine, mal in die andere Richtung vorhanden. Erst wenn das Übergewicht eindeutig auf der Seite der Veränderung liegt, dann wird diese auch angegangen.

Millner und Rollnick wählten das Bild der Waage, um diese Konstellation darzustellen.²²⁹ Auf der einen Seite, die zur Verhaltensänderung drängt, wirken die angenommenen Vorteile der Verhaltensänderung sowie die Nachteile des Status quo. Auf der Seite der Beibehaltung des problematischen Verhaltens wiegen die vorausgedachten Nachteile des angestrebten Ziels sowie die Gewinne der momentanen Situation. So lange hier das Übergewicht liegt, wird die Person ihr Verhalten nicht ändern, besonders dann, wenn diese Faktoren auf einer unbewussten Ebene wirken. Die primäre Aufgabe der Beratenden ist es, den KlientInnen dabei zu helfen, jene Aspekte sichtbar zu machen, die für die jeweiligen Seiten »von Gewicht sind« und die Ambivalenzen konsequent aufzuzeigen.

Ein großer Teil der Beratungsaktivitäten besteht also darin, bei der Erkundung dieser Faktoren zu unterstützen. Diese sind immer subjektiv und in den persönlichen Lebenskontext der KlientInnen eingebunden, weshalb es nicht möglich ist, dass die beratende Person die Bewertung übernimmt. Sie leitet den Prozess des Abwägens an und hilft dabei, die vorhandenen Wirkkräfte zu identifizieren und ihnen Geltung zu verschaffen.

5.4 Versorgungsstrukturen, institutionelle Rahmenbedingungen: Fragmentierung und Zwang

Der eben in Österreich erschienene Bericht der OECD zum Thema psychische Gesundheit und Arbeit in Österreich bemerkt positiv, dass der Zugang zu Gesundheitsleistungen in Österreich verhältnismäßig leicht ist, der Arbeitsmarkt relativ stabil und das Wohlfahrtssystem zu einer guten Absicherung der Bevölkerung beiträgt. Um die anstehenden Herausforderungen der zunehmenden psychischen Erkrankungen angemessen bewältigen zu können, sind jedoch noch grundlegende strukturelle Verbesserungen zu leisten.

Die Neuregelung der Invaliditätspension sehen die Autoren des Berichts positiv, weil Betroffene daran gehindert werden, frühzeitig aus dem Arbeitsleben auszusteigen. Es stellt sich jedoch die grundlegende Frage, ob das derzeitige System aus Rehabilitations- und arbeitsmarktintegrativen Angeboten die Hilfe bieten kann, die Betroffene brauchen, um tatsächlich in Arbeit zu kommen und zu bleiben, was bedeutet im Zuge von Rehabilitation und Arbeitsmarktintegration ihren Gesundheitszustand zu verbessern und entsprechend beizubehalten.²³⁰

Das Feld medizinischer bzw. psychiatrischer und beruflicher Rehabilitation ist in Österreich breit und gut ausgebaut.²³¹ Nicht nur in Österreich wird aber kritisiert, dass es zersplittert, unübersichtlich und zu wenig koordiniert ist: »Wer in diesem Feld arbeitet, kann erfahren, wie der Hilfeprozess fragmentiert wird, wie die therapeutischen Beziehungen, die privaten Beziehungen, die Vertrautheit mit der Situation immer wieder unterbrochen und damit Teilfortschritte im Behandlungs-Prozess wieder zunichte gemacht werden, und wie die Beziehungen im professionellen Vor- und Nachfeld der längerfristigen Behandlung und Betreuung durch diese Fragmentierung abreißen. Dies erzeugt Widerstände gegen Veränderungen im therapeutischen Prozess nicht nur bei Patienten, sondern auch beim therapeutischen Personal. Die Folgen dieser negativen Effekte sind, dass Menschen entweder immer erneut entwurzelt werden oder in einem institutionellen Platz stecken bleiben. Die Integration in eine Einrichtung macht die Menschen abhängig von ihr durch die Anpassung an die präformierten institutionellen Lebensbedingungen, die Entfremdung vom bisherigen sozialen Kontext.«²³²

229 Vgl. Miller/Rollnick 2004.

230 Vgl. OECD 2015.

231 Vgl. Egger-Subotitsch et al. 2006 (aktuelle Überarbeitung 2015).

232 Aktion Psychisch Kranke e. V. 2003, Seite 23.

Der Ruf nach individueller, personenbezogener, also integrierter Versorgung wird laut.²³³ Erste Schritte in Richtung zunehmender Flexibilisierung und Individualisierung des Angebotes gab es vor allem bereits in Deutschland, etwa bei den beruflichen Trainingszentren, die Rehabilitation in Kooperation mit Betrieben durchführen, oder aber in Form eines persönlichen Budgets an Ansprüchen auf Teilleistungen der Rehabilitation.²³⁴

Damit steigt aber auch der Bedarf an Betreuung und Beratung, die zur Bedarfsabklärung und zur Herstellung von Kontinuität und Koordination im Rehabilitationsprozess unentbehrlich ist, gerade weil viele Betroffene dazu zunächst nicht alleine in der Lage sind. Sie kennen zwar ihre eigene Situation, aber nicht die Angebotslandschaft, manchmal verlieren sie auch ihre Entscheidungsfähigkeit und Motivation. Kompetente Beratung soll dabei helfen, diese wiederzuerlangen und individuelle Bedürfnisse und existente Möglichkeiten treffsicher miteinander zu verknüpfen. Eine individuelle und persönliche Betreuung ist innerhalb der meisten Beratungsangebote im arbeitsmarktintegrativen Kontext aus Zeitgründen und wegen der hohen Betreuungsschlüssel häufig nicht gegeben. Und dazu kommt, dass Beratende selten im Umgang mit psychisch Erkrankten geschult sind. Aus diesen Gründen fordert etwa die OECD Österreich auf, hier mit Aufstockung und Weiterbildung des Personals Abhilfe zu schaffen.²³⁵

Für Vermittlungsfachkräfte, TrainerInnen und Beratende stellt oft schon das Erkennen von psychischen Erkrankungen eine große Herausforderung dar. Dies ist aber vorteilhaft, um in der persönlichen Interaktion situationsgerecht reagieren zu können, und außerdem den Zugang zu geeigneten Unterstützungsmaßnahmen zu ermöglichen. Es fehlt zum einen Wissen zu psychischen Erkrankungen, und zum anderen sind ganz besondere persönliche Kompetenzen, etwa Erfahrung mit KundInnen (auch in schwierigen Situationen) und herausragende Gesprächsführungskompetenz auch in konflikthaften Situationen gefragt.²³⁶

Eine weitere strukturelle Komplikation der Interaktion zwischen Beratenden und Arbeitssuchenden, die besonders für psychisch belastete Menschen zu einem schwerwiegenden Problem gerät, ist der Aspekt der sozialen Kontrolle, der an die Hilfeleistungen geknüpft ist. Er verhindert eine offene, vertrauensvolle Kommunikation und fördert Widerstand, Konflikte und Misstrauen.

Eine soziologisch-hermeneutische Untersuchung der Beratungspraxis wurde in den regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) in der Schweiz durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen sehr anschaulich, wie die Beratenden zwischen ihrem doppeltem Mandat, der Institution und gleichzeitig den ihnen gegenüber sitzenden Personen verpflichtet zu sein, zwischen Dienstleistung und Kontrollausübung schwanken, und wie dies zu unauflösbaren Widersprüchen führt.²³⁷ Auf Seiten der Arbeitssuchenden bewirkt Zwang zur Aktivierung oft das Gegenteil des intendierten Zieles. Sie fühlen sich ausgeliefert und in die Rolle eines passiven Objekts gedrängt oder begeben sich als Reaktion demonstrativ in eine solche.²³⁸

Alles in allem erinnern die Gespräche sehr an Eric Bernes »Spiele«.²³⁹ Manche KundInnen tun alles, um sich als motiviert und kooperativ darzustellen und jegliche Äußerung zu vermeiden, die das Image pflichtbewusster Arbeitsloser bröckeln lassen könnte. Andere begeben sich in die Rolle der Ahnungslosen, Hilfebedürftigen um Sanktionen zu umgehen. Die Beratenden geraten in Rollenkonfusionen, müssen entweder Pflichtverletzungen »übersehen« oder weginterpretieren oder sie verhören ihr Gegenüber anstatt es zu beraten. Dies alles sind Versuche, in kurzer Zeit einen Abgleich von individuellen Bedürfnisse und komplexe Problemlagen in institutionelle Konstellationen und Rahmenbedingungen zu schaffen. Authentische, klare und wertschätzende Kommunikation bleibt dabei häufig auf der Strecke. Ähnlich gestaltet sich die Problematik auch für TrainerInnen bzw. Beratende

233 Vgl. Bock 2010.

234 Vgl. Hearlin 2010, Seite 24f.

235 Vgl. OECD 2015.

236 Vgl. Schubert et al. 2013, Seite 29.

237 Vgl. Magnin 2005, Seite 56f.

238 Vgl. Magnin 2005, Seite 60.

239 Spiele der Erwachsenen: Psychologie der menschlichen Beziehungen. Eric Berne. Rororo Verlag.

und Teilnehmende in arbeitsmarktpolitischen Projekten. Sie haben zwar etwas weniger Sanktionsmacht bzw. Sanktionspflicht, aber dafür gewissermaßen ein Mehrfachmandat gegenüber dem Arbeitsmarktservice, den KundInnen sowie ihren Arbeitgebern und Vorgesetzten.

Einige AutorInnen sehen aber durchaus Möglichkeiten, sogar noch in Sanktionsgesprächen einen beraterischen Mehrwert zu gewährleisten, »(...) wenn sie umfassend beraterisch begleitet werden und mit planerischen Aktivitäten einhergehen, die tatsächlich zu einer Verbesserung der Gesamtsituation des Ratsuchenden führen. Oft verwechseln Berater Unfähigkeit mit Unwilligkeit. Hier muss mehr Sorgfalt und Bereitschaft zur Selbstreflexivität herrschen«.²⁴⁰

Im Grunde ist es also essentiell, auch im Zwangskontext die wesentlichen Indikatoren für gelingende Beratung zu beachten und sich immer wieder mit der eigenen beraterischen Haltung auseinanderzusetzen (siehe dazu Kapitel 7).

Auf zusätzliche Grenzen stößt die Dienstleistung der arbeitsmarktintegrativen Institutionen dort, wo weder mangelnde Bereitschaft noch durch entsprechende Angebote zu bearbeitende individuelle Vermittlungshemmnisse ausschlaggebend sind, sondern die Arbeitsmarktbedingungen eine Vermittlung schlicht nicht erlauben. Immer öfter kommen Beratende in diese Situation der Hilflosigkeit. Diese tritt auch dann ein, wenn sie erkennen, dass sie die passenden Angebote nicht verfügbar haben, etwa für Menschen mit psychischen Störungen, die zwar arbeiten möchten, gut qualifiziert sind, aber gewisse Vorbehalte und Ängste haben, bzw. vorübergehend nur unter bestimmten Bedingungen arbeitsfähig sind.

Formal gibt es oft nur die Alternativen gesund und arbeitsfähig oder nicht arbeitsfähig, also behandlungsbedürftig mit den damit verbundenen unterschiedlichen Ansprüchen auf Unterstützungsleistungen.

240 Franzke 2012, Seite 364.

6 Bewältigung

Damit es trotz Vulnerabilität und außergewöhnlicher Belastung nicht zum Eintreten von Krankheiten oder Krisen kommt, bedarf es gewisser Schutzfaktoren und Bewältigungsfertigkeiten, die es dem Individuum erlauben auf positive Weise mit den Belastungen fertig zu werden. Krisen und Krankheiten veranlassen aber auch, solche Ressourcen zu entwickeln, denn aus einer erfolgreich bewältigten Krise geht ein Individuum häufig gestärkt hervor. Ein umfassendes Eingehen auf die diversen, oft komplexen Theorien der Bewältigungsforschung würde im Rahmen dieses Handbuchs zu weit gehen. Auf die Rolle von kognitiven Verarbeitungsprozessen und subjektiven Einstellungen speziell im Bereich der Bewältigung von Krankheit und Arbeitslosigkeit wurde bereits in einer früheren Arbeit verwiesen.²⁴¹ Unter Bedacht der Bedeutung von Beratung für die Bewältigung psychischer Belastung soll hier vor allem der Bewältigungsbegriff der heutigen Sozialpädagogik eingeführt werden und zum Beratungsteil des Handbuchs überleiten.

Das **sozialpädagogische Bewältigungsparadigma** leitet sich aus der Sozialisationstheorie ab und ist im Kontext der Lebensbewältigung schlechthin verortet. »Es bezieht sich vor allem auf *Bewältigungsprobleme in kritischen Lebenskonstellationen* (...). Die Perspektive Lebensbewältigung mit ihren zentralen Komponenten *Selbstwert, soziale Anerkennung, Selbstwirksamkeit und dem darauf gerichteten Streben nach Handlungsfähigkeit* strukturiert den Alltag und die Biographien aller Menschen.«²⁴² Bewältigung findet in diesem Modell innerhalb dreier Zonen statt, die in der Realität miteinander interagieren.

Drei Zonen der Bewältigung nach Böhnisch und Schröder	
Die personal-psycho-dynamische Zone (Individuum)	Individuelles Bewältigungsverhalten bzw. Umgang mit Belastung und Anforderung. <ul style="list-style-type: none"> • Durch bisherige Erfahrungen geprägt. • Das emotional-körperliche Erleben steht im Vordergrund: »Bewältigungsprozesse, auch wenn sie sozial induziert sind, werden leibseelisch (»somatisch«) angetrieben, sind also emotional aufgeladen.« • Das Bewältigungsverhalten kann nur nach und nach einer rationalen Auseinandersetzung zugänglich gemacht und verändert werden.
Die intermediäre Zone (Interpersonal, zwischenmenschlich)	Kulturen und interpersonale Strategien im Umgang mit Belastungen im näheren sozialen Umfeld der Person (z.B. auch in der Beratung). <ul style="list-style-type: none"> • Wird das Gespräch gesucht oder tabuisiert? • Wie wird in Familien oder Teams mit Konflikten umgegangen? • Gibt es unterstützende Beziehungskonstellationen?
Die sozialstrukturelle & sozialpolitische Zone (Gesellschaftlich)	Freisetzung von Bewältigungsproblemen auf gesamtgesellschaftlicher Ebene. <ul style="list-style-type: none"> • Es werden zunehmend Anforderungen, die früher kollektiv bewältigt wurden, den Individuen angelastet. • Biographien werden brüchiger, Lebenslagen zunehmend prekär. • Auch die psychosozialen Anforderungen, die aus den Umbrüchen in der Arbeitswelt, drohender oder eintretender Arbeitslosigkeit resultieren, sind der sozialstrukturellen und sozialpolitischen Zone zuzuordnen.

²⁴¹ Vgl. Egger-Subotitsch et al. 2014a.

²⁴² Böhnisch/Schröder 2013, Seite 25.

Die Betroffenheit und Hilflosigkeit in kritischen Lebenssituationen drängt danach, ausgesprochen zu werden (»Thematisierung«) oder, wenn dies nicht gelingen kann, nach »Abspaltung«. Wobei letztere, die Abspaltung, die »pathologische« oder ungünstige darstellt. Es wird aggressiv nach außen ausagiert oder eine selbstschädigende Art der Befreiung von der Spannung bzw. Stress findet statt.

Die Aufgabe der Beratenden ist es, auch ungünstiges Verhalten als Bewältigungsstrategie zu erkennen, zu akzeptieren, jedoch nach und nach andere Wege aufzuzeigen, indem sie die Möglichkeit eröffnen, Hilflosigkeit zu thematisieren. In der Beratung können konstruktive Bewältigungsformen etabliert und ausprobiert werden. Das ist freilich nicht einfach, sondern kann auch höchst konfliktvoll sein. Für die Sozialpädagogik ist eine Beratungsbeziehung eine Konfliktbeziehung. Das Gewinnen erweiterter Handlungsfähigkeit und konstruktiver Bewältigungsformen geht somit auch mit der Erweiterung der eigenen Konfliktfähigkeit einher. Diese kann aber nur entwickelt werden, wenn der oder die Beratende diese Kompetenz vorlebt (siehe dazu auch Kapitel 7.5: Unfreiwillige KlientInnen und Umgang mit Widerstand).

Der Zugang der sozialpädagogischen Beratung als Unterstützung bei der Bewältigung krisenhafter Übergänge und prekärer Lebenslagen eröffnet sich anhand von vier Dimensionen, die betrachtet werden sollten und an denen Änderungen ansetzen können:

Vier Dimensionen der Beratung in Bewältigungssituationen nach Böhnisch und Schröder*		
1	Ausdruck	Chancen oder Barrieren, innere Befindlichkeit thematisieren zu können bzw. nicht abspalten zu müssen
2	Anerkennung	Chancen oder Barrieren, sozial integriert zu sein
3	Abhängigkeit	Chancen oder Barrieren, selbstbestimmt handeln zu können
4	Aneignung	Chancen oder Barrieren, sich in seine Umwelt personal wie sozial einbringen zu können

* Vgl. Böhnisch / Schröder 2013, Seite 46.

Auf diesen vier Dimensionen gilt es den KlientInnen dabei zu helfen, ihren Handlungsspielraum zu erweitern, um nach und nach schädigende Bewältigungsformen aufgeben zu können, alternative Strategien zu entwickeln, aber auch soziale Zusammenhänge zu verändern. Es geht darum, entlang dieser Dimensionen Chancen und Möglichkeiten zu eröffnen anstatt Barrieren und Hindernisse zu errichten.

Aneignung ist in erster Linie eine selbsttätige, aktive Aneignung der Lebenswelt. Arbeit ist hierbei ein wichtiger Faktor. Auch andere Tätigkeiten als Erwerbsarbeit können diese Funktion erfüllen, wenn sie der Person das Gefühl von Selbstwirksamkeit geben können und eine gewisse Sinnhaftigkeit für die Person mit sich bringen.

Abhängigkeit entsteht dort, wo »(...) die Bewältigungslage durch Entwertung, Stigmatisierung, faktische Entmündigung, Verwehrung von Teilhabe und Optionsverlust massiv eingeengt ist.«²⁴³ Arbeitslosigkeit und Krankheit bringen für sich genommen schon viele solcher Einschränkungen mit sich, beide zusammen erst recht. Für die Sozialpädagogik lautet die professionelle Antwort darauf »Empowerment«, also Selbstbefähigung und Mündigkeit von Betroffenen sowie die Weiterentwicklung von Fähigkeiten und Möglichkeiten selbstbestimmt zu handeln. Auch in der Psychiatrie und im arbeitsmarktintegrativen Kontext, die beide auch als Institutionen sozialer Kontrolle fungieren und traditionell Zwangskontexte mit entsprechender Sanktionsmacht für die Betroffenen beinhalten, gibt es Empowerment-Ansätze in Theorie und Praxis. Auf der interpersonalen Ebene schlägt sich die Abhängigkeit in der Beziehung zwischen Beratenden und KlientInnen / KundInnen sowie ÄrztInnen und PatientInnen nieder. Wie solche Beziehungen trotz Abhängigkeit möglichst gewinnbringend gestaltet werden, damit befassen sich Beratungsforschung, Kommunikationspsychologie, Sozialmedizin aber auch die Psychotherapie.

243 Böhnisch / Schröder 2013, Seite 48.

Die *Anerkennung* durch andere, ist ein Grundbedürfnis aller Menschen und Grundvoraussetzung für gelingende soziale Interaktionen. Deshalb setzt sozialpädagogische Hilfe eine akzeptierende Haltung voraus. Es gilt, zwischen Verhalten und Person zu trennen und zwischen Akzeptanz und Zustimmung. Sozialpädagogische wie auch therapeutische Beratung setzt auf Verstehen, das aber nicht Zustimmung bedeuten muss.

Der adäquate *Ausdruck* ist für den Umgang mit Problemen zentral. »Im Bewältigungskonzept steht Hilfe als Chance zur Thematisierung von Hilflosigkeit in kritischen Lebenskonstellationen im Mittelpunkt des Interventionsverständnisses. Dabei wird davon ausgegangen, dass hinter den Verhaltensmustern Botschaften stecken, die entschlüsselt und zum Sprechen gebracht werden können.«²⁴⁴ Den KlientInnen zu ermöglichen offen zu sprechen und auch Gefühle auszudrücken, ohne deswegen Entwertung zu erfahren, ist einer der Eckpfeiler sozialpädagogischer Beratung.

244 Vgl. Böhnisch/Schröer 2013, Seite 50.

7 Zentrale Aspekte im Umgang mit Betroffenen in Beratungssituationen

In diesem Kapitel soll noch einmal ausführlich auf die Besonderheiten in der Beratung von Menschen mit psychischen Störungen und Belastungen eingegangen werden. Die Literatur zu Beratung und Psychotherapie stellt hier eine große Vielfalt an Anregungen und Methoden zur Verfügung. Zuvor soll jedoch noch das komplexe Feld der psychosozialen Beratung mit ihren vielen Disziplinen, Professionen und Strömungen abgesteckt und verständlich gemacht werden.

Definitionen von Beratung gibt es viele. Kurz und prägnant fasst Nußbeck (2014) die wichtigsten Aspekte der Beratung zusammen:

- »Beratung ist ein zwischenmenschlicher Prozess in sprachlicher Kommunikation.
- Beratung dient neben der Vermittlung von Informationen der Verbesserung der Selbststeuerung und dem Aufbau von Handlungskompetenzen, der Orientierung und Entscheidungshilfe, der Hilfe bei der Bewältigung von Krisen.
- Der Ratsuchende ist veränderungswillig, sucht die Beratung in der Regel freiwillig und ist aktiv am Prozess beteiligt.
- Der Berater braucht Fachwissen über das Problemfeld und Beratungswissen zur Beziehungsgestaltung«. ²⁴⁵

7.1 Psychosoziale Beratung und Therapie: ein multiprofessionelles Arbeitsfeld

Menschen mit diagnostizierten psychischen Störungen dürfen diesbezüglich nur von einigen Fachpersonen behandelt werden. Dies sind zum einen ÄrztInnen, die Diagnosen stellen und Psychopharmaka verschreiben dürfen, sowie FachärztInnen der Psychiatrie, die zusätzlich zu ihrer medizinischen auch noch eine psychiatrische Fachausbildung absolviert haben. PsychologInnen dürfen nur gesunde Menschen beraten, es sei denn sie besitzen eine vertiefende Ausbildung in Klinischer Psychologie. Dann dürfen sie, wie ausgebildete PsychotherapeutInnen auch, psychisch Kranke behandeln und Diagnosen stellen, aber keine Medikamente verschreiben.

Alle anderen Beratenden einschließlich SozialpädagogInnen, SozialarbeiterInnen und Lebens- und SozialberaterInnen sind gesetzlich nicht befugt Betroffene in Hinsicht auf ihre psychische Störung zu behandeln,

²⁴⁵ Nußbeck 2014, Seite 21.

aber sehr wohl auf anderen Gebieten, also beruflich, alltagspraktisch, bei Problemen mit Beziehungen usw. Im Gegensatz zur Psychotherapie ist der Beruf »BeraterIn« genauso wie CoachIn gesetzlich nicht geschützt und nicht an eine geregelte Ausbildung geknüpft. Beratung als Tätigkeit spielt eine Rolle in einer Vielzahl beruflicher Branchen von der Pädagogik bis zur Betriebswirtschaft, jedoch gibt es auch hier Grenzlinien, die unterschiedliche Beratungsformen markieren: »Wir beschränken und konzentrieren uns (...) auf solche Formen von Beratung, die Bewusstheit und Reflexion beim Klienten fördern, und grenzen hier die Formen von Beratung ab, die vorrangig fachlich informieren, wie etwa Steuerberatung, Finanzberatung, Ernährungsberatung etc.«.²⁴⁶

Bei zwei Arten der Beratung ist sich der Autor nicht sicher, ob sie zum Feld psychosozialer Beratung zu zählen sind, und zwar bei der Unternehmensberatung und »(...) einigen Formen der Arbeitsvermittlung und Berufsorientierung«.²⁴⁷

7.2 Professionelle Grenzziehung zwischen Therapie und Beratung

Die Grenzziehung zwischen den Berufsrollen im Bereich psychosozialer Beratung ist oftmals nicht so einfach, und es braucht ein wenig Gespür dafür, wann die Grenzen der aufgrund einer bestimmten Ausbildung erworbenen Fähigkeiten und der damit verknüpften Behandlungsberechtigung erreicht sind. Oft arbeiten Personen unterschiedlicher beruflicher Herkunft in einer Institution der psychosozialen Beratung zusammen und / oder hat eine Person, die professionelle Hilfe anbietet, mehrere Ausbildungen aus dem psychosozialen Feld absolviert. Umso wichtiger ist es für Beratende aber, stets darauf zu achten in welchem Rahmen sie in der jeweiligen Beratungssituation handeln und gegebenenfalls auch dem Klienten oder der Klientin gegenüber offen zu kommunizieren, dass eine bestimmte Problematik nicht mehr im eigenen Kompetenzbereich liegt.

Von Seiten der Sozialpädagogik wird eine Abgrenzung zur Therapie sehr gerne anhand des Ausmaßes der »Tiefung«, die ein Beratungsgespräch erreicht, vorgenommen. Soziale Arbeit oder sozialpädagogische Beratung sei eher breit angelegt und auf mehrere Lebensbereiche bezogen und gehe dabei nicht so sehr in die Tiefe, um sich mit der psychischen Innenwelt der Ratsuchenden auseinanderzusetzen. Fachpersonen erleben jedoch sehr oft, dass Beratungsgespräche »kippen« können, und dann psychische Problematiken sichtbar werden.²⁴⁸ Beratende unterschiedlicher Disziplinen können auch Zeugen krisenhafter Entwicklungen werden oder bemerken, dass Ratsuchende eigentlich therapeutische und / oder medizinische Unterstützung benötigen.

Es ist notwendig für solche Fälle eine Liste von Anlaufstellen (siehe Kapitel 8.11) bereit zu haben, und noch viel besser wäre es, bereits über entsprechende Netzwerke zu verfügen und zuständige Personen aus unterschiedlichen Disziplinen und Instituten zu kennen. Leider bringt das Verweisen an andere Stellen einige Problematiken und Hürden mit sich. Für viele Ratsuchende ist die Inanspruchnahme von therapeutischer Unterstützung eine nur schwer zu nehmende Schwelle, die Gefahren für Selbstbild und Selbstbewusstsein mit sich bringt. Zudem fällt es manchen schwer, sich erneut auf eine Beziehung zu einer Beratungsperson einzulassen, insbesondere, wenn es bereits negative Erfahrungen gegeben hat. Und nicht zuletzt können sich versorgungsbedingte Verzögerungen in Krisensituationen ergeben, die dazu führen können, dass KlientInnen sich alleingelassen fühlen: »(...) das Weiterverweisen an andere, fachkundigere Profis, wie es in den meisten Büchern und Ratgebern steht,

²⁴⁶ Reichel 2005, Seite 22.

²⁴⁷ Reichel 2005, Seite 22.

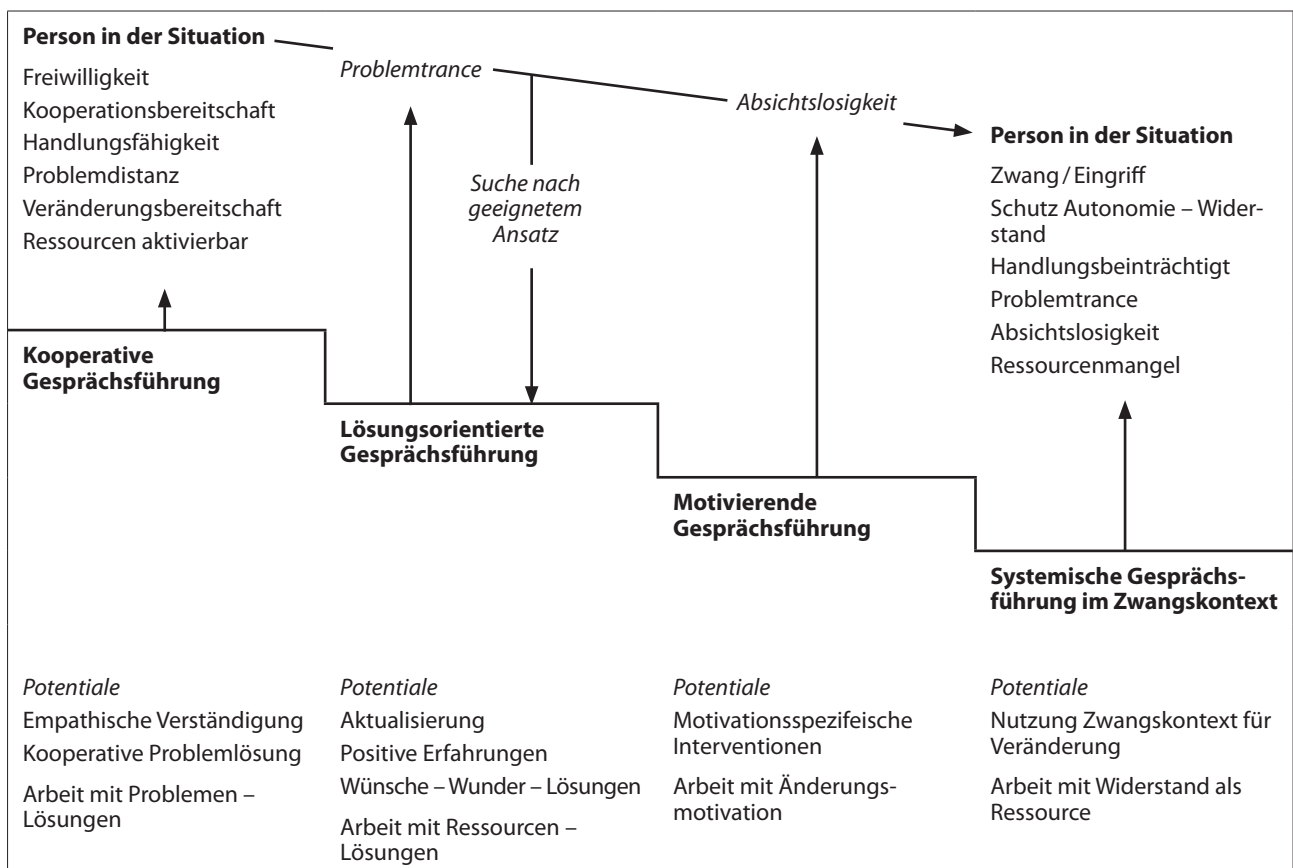
²⁴⁸ Vgl. Belardi et al. 1996, Seite 42.

ist in vielen Fällen akuter psychosozialer Not nicht realistisch, weil es zu umständlich, zu langwierig ist oder weil die nötige Information fehlt. Das Überweisungs-Dropout ist sehr groß, manchmal kann es tödlich sein«. Vieles spricht dafür, eine Beratungsbeziehung in Krisensituationen (siehe Kapitel 1.3.2) aufrechtzuhalten, bis ein gesicherter Übergang gewährleistet ist, und dafür zu sorgen, dass das eigene Verhalten die Situation auf keinen Fall noch verschlimmert.

In die Literatur zur Beratungstheorie sind neben den Überlegungen aus der Sozialen Arbeit in erster Linie Ansätze aus der Psychotherapie eingegangen, insbesondere der klienten- oder personenzentrierten und der kognitiv-behavioralen, auch verhaltenstherapeutisch genannt. Außerdem haben sich systemorientierte Ansätze, die einer systemtheoretisch-konstruktivistischen Strömung in den Sozialwissenschaften folgen, und den Menschen immer als relativ abgeschlossenes Teilsystem einer weiteren sozialen Gemeinschaft betrachten, in der Beratung bewährt, und so entstanden die systemische Beratung, die lösungsfokussierte Beratung und die ressourcenorientierte Beratung unter diesem Paradigma.²⁴⁹

Sie alle können im Umgang mit Menschen, die von psychischen Störungen betroffen sind, nutzbar gemacht werden und bei situationsadäquater Anwendung professionelle Beratung auch in schwierigen Situationen ermöglichen. Ergänzt werden die nachfolgend integrierten Ansätze um Grundlagen der Kommunikationspsychologie und neuere Ansätze der Beratung, wie z.B. Motivational Interviewing und Selbstmanagement-Beratung.

Abbildung 4: Ansätze der Gesprächsführung und spezifische Potenziale



Quelle: Widulle 2012, Seite 98

249 Vgl. Nußbeck 2014.

7.2.1 Rollenklarheit

In der klientenzentrierten Tradition sollte man im Sinne der Authentizität möglichst davon absehen irgendwelche Rollen spielen zu wollen, sondern als Person, die man ist, auftreten. Ganz so einfach ist das nicht immer, insbesondere wenn man innerhalb der Institution, für die man arbeitet, eine bestimmte Rolle auszuführen hat.

Zudem werden auf Seite der Beratenden in Bezug auf die KlientInnen bestimmte Positionen eingenommen, wenn Interventionen gesetzt werden. Je nach Phase der Beratung sind diese unterschiedlich und so wechseln auch die Rollen immer wieder.

Tabelle 18: Rollen im Beratungsprozess

Phase im Beratungsprozess	Rolle des / der Beratenden
1. Kontakt- und Situationsklärung	Freundlicher Gastgeber Präziser Situationsklärer
2. Themenfindung	Strukturgebender Planer Motivierender Anstifter
3. Themenbesprechung	Wertschätzender Moderator Aufnehmender Zuhörer Wächter der Disziplin Konfrontierer
4. Gemeinsame Lösungsversuche	Integrierer Bilanzierer
5. Abschlussphase	Überprüfender Kontrolleur

Quelle: Nach Widulle 2012, Seite 100, eigene Darstellung

Gewisse Rollen finden sich in dieser Aufzählung nicht, und sie sollten von den Beratenden auch nicht eingenommen werden. Dazu gehören etwa ProblemlöserInnen, RatgeberInnen oder gar Lehrende.

»Gesellt ein Therapeut sich zu denen, die den Klienten sagen, was sie tun sollen, wird er ein Lehrender. Diese Position ruft bei Klienten in der Regel viel Widerstand hervor und führt im Allgemeinen dazu, dass die Menschen nicht zuhören. Die Gespräche werden von Kämpfen gegen Vorgaben oder Empfehlungen dominiert. Menschen, die Schwierigkeiten in ihrem Leben haben, ertragen es nur schwer, wenn man ihnen gegenüber belehrend oder moralistisch auftritt: (...) Menschen zeigen gegenüber den Positionen eines Experten, Lehrenden und Moralisten heftigsten Widerstand und lehnen eine Zusammenarbeit zunächst ab.«²⁵⁰

ExpertInnenmeinung

Kommunikation und Gesprächsführung, Beraterische Haltung

Psychisch belastete oder erkrankte KlientInnen haben genauso wie der / die »NormklientIn« eine eigene Geschichte und das Bedürfnis ihr Leben so zu gestalten, dass es positiv für sie ist. Daher gibt es auch keine Patentrezepte, weder für die einen noch für die anderen. Vielmehr geht es um eine offene, klare und wertfreie Kommunikation. Bedenken Sie auch, dass ein bestimmtes Verhalten (z.B. Frustration, Widerstände) sich in der mehr oder weniger unfreiwilligen Beratungssituation verschärft darstellen kann.

²⁵⁰ Conen / Cecchin 2009, Seite 177f.

»Prinzipiell sollten sich BeraterInnen und TrainerInnen gegenüber psychisch erkrankten Menschen genauso verhalten wie gegenüber »Gesunden« (...), sie sollten auf einen sensiblen Umgang achten.«²⁵¹

Zeigen Sie Interesse für die Situation der KlientInnen und unterstützen Sie sie dabei, verklemmte Türen zu öffnen – ob und in welche Richtung sie gehen, bleibt aber letztlich die Entscheidung und die Verantwortung der KlientInnen, mit allen Vor- und Nachteilen.

»Es geht nicht darum etwa, »Diagnosen« zu stellen, sondern zu erkennen, dass es Faktoren gibt, die KlientInnen momentan an der Erwerbstätigkeit hindern und zu überlegen, wie diese Faktoren im besten Falle ausgeräumt werden können, damit der Zugang zur Erwerbstätigkeit wieder möglich gemacht wird.«²⁵²

Nehmen Sie Druck möglichst raus und versuchen Sie zu ermutigen. Druck erzeugt in der Regel Gegendruck. Die Gratwanderung zwischen Druck und Ermutigung kann durch den Appell an die Eigenverantwortlichkeit gelingen. Was kann für die KlientInnen geleistet werden, und was braucht es dafür an Eigenleistung der KlientInnen. BeraterInnen im AMS-Kontext müssen aber auch die Rahmenbedingungen und mögliche Konsequenzen transparent machen. Tauchen Ängste, Konflikte und Widerstände auf, versuchen sie durch einführendes Fragen und »Ich-Botschaften« die Hintergründe zu verstehen bzw. zu akzeptieren. Vorwürfe, Unterstellungen und Andeutungen sind zu vermeiden. Wenn Sie ehrlicherweise auf Seite der KlientInnen bleiben und ihnen auf Augenhöhe begegnen, wird vieles möglich. Fördern Sie Selbstwirksamkeit und bleiben Sie einem humanistischen Menschenbild treu. Eine respektvolle transparente Kooperation mit den Betroffenen ist besonders wichtig.

»Wenn einer der beiden PartnerInnen nur mehr die Funktion und nicht mehr den Menschen sieht, wird es destruktiv.«²⁵³

Wenn man Menschen mit psychischen Erkrankungen fragt, was ihnen hilft bzw. ihnen rückblickend geholfen hat, so werden häufig folgende gar nicht so spektakuläre Dinge genannt:

- Erfahrung von Normalität,
- Zeit, Ruhe, Geduld,
- Rückzugsraum,
- Menschen, die da sind, zu einem halten und Halt geben ohne Druck zu machen,
- wohlwollende Menschen, die nicht zu nahe kommen, nicht zu viel wollen und tun.²⁵⁴

»Gefühle (Ängste, Wünsche) kann man nicht bekämpfen. Zielgerichtetes Handeln geht dabei in die Leere. Die Logik der Gefühle ist vielmehr buchstäblich der Umgang mit ihnen: um sie herumgehen, auf sie hören, sie nutzen, überflüssig machen usw. In der Landschaft der Gefühle herrschen nicht die geradlinigen Bewegungen vor, sondern die gebogenen, gewundenen, kurvenlinearen.«²⁵⁵

251 Auszug aus einem ExpertInneninterview im Zuge der Befragung für dieses Handbuch.

252 Auszug aus einem ExpertInneninterview im Zuge der Befragung für dieses Handbuch.

253 Auszug aus einem ExpertInneninterview im Zuge der Befragung für dieses Handbuch.

254 Auszug aus einem ExpertInneninterview im Zuge der Befragung für dieses Handbuch.

255 Vgl. HPE 2010, Seite 9.

7.3 Auf die Haltung kommt es an: Basisanforderungen klientenzentrierter Gesprächsführung

Diese therapeutische Richtung entwickelte Carl Rogers basierend auf der Einsicht, dass KlientInnen im Grunde immer wüssten »wo der Schuh drückt«. Nicht die Ratschläge waren es, die den Menschen halfen sich weiter zu entwickeln, sondern ihre eigenen Überlegungen, und diese entsprechend anzuregen sei das Ziel einer therapeutischen Hilfeleistung. Mit empirischen Mitteln machte er sich daran, folgende Frage zu beantworten: »Welche Bedingungen sind es, die dazu führen, dass eine Person von sich aus über ihr Erleben spricht, sich dabei besser verstehen lernt und schließlich zu Einstellungs- und Verhaltensänderung kommt?«²⁵⁶ und er erarbeitete eine Therapierichtung, die sich weltweit etabliert hat und mittlerweile auch außerhalb der Psychotherapie, etwa in der Sozialen Arbeit, der Pädagogik und der Beratung in diversen psychosozialen Kontexten zur Anwendung kommt. Im deutschsprachigen Raum wurde das Konzept von Tausch & Tausch unter dem Namen »Personenzentrierte Gesprächspsychotherapie« weiter entwickelt.

Der zentrale Gedanke des klientenzentrierten Ansatzes, dass nämlich unabhängig von Methode oder Technik die Qualität der Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn ausschlaggebend für den Erfolg von Therapie und Beratung ist, wurde mittlerweile immer wieder empirisch bestätigt.²⁵⁷ Die Beziehungsgestaltung hängt dabei wesentlich von der inneren Haltung der Therapeutin oder des Beraters ab, die an Kriterien ausgerichtet sein soll:

7.3.1 Empathisches Verstehen

Die Aufmerksamkeit der beratenden Person richtet sich auf die gefühlsmäßigen Empfindungen (Vorstellungen, Einstellungen, Werte) der Klientin, die zu erkunden eine gemeinsame Anstrengung der beteiligten Seiten ist. Das Erleben des Gegenübers nachzuempfinden und diesem widerzuspiegeln, indem es verbal oder auch nonverbal gespiegelt wird, soll es ihm ermöglichen, sich eingehender und aus einer gewissen Distanz selbst damit auseinanderzusetzen.²⁵⁸ Weinberger sieht in diesem Zugang folgende Vorteile für die KlientInnen:

- Dadurch, dass sie nicht belehrt, bewertet oder kritisiert werden, können sie ohne Angst und ohne den Einsatz von Abwehrmechanismen über eigene Konflikte und Gefühle sprechen.
- Sie erhalten keine Ratschläge, dafür aber etwas Wichtigeres: Anteilnahme und Zuwendung.
- Die beratende Person dient als Vorbild dafür, wie ein entspannter Umgang mit Gefühlen möglich sein kann
- Verstanden zu werden erhöht die Wahrscheinlichkeit akzeptiert zu werden.
- Sie werden dabei unterstützt, ihre Selbstwahrnehmung zu schulen, welche wiederum die Basis für die Ausbildung von »emotionaler Intelligenz« (Goleman 1998) darstellt. Diese Kompetenz ist für einen guten Umgang mit anderen von großer Bedeutung.
- Mentalisierung, die Fähigkeit emotionale Vorgänge zu verbalisieren, kann in der Beziehung zur beratenden Person geschult werden. Sie stellt eine wesentliche Komponente für die gelingende Kommunikation und Beziehungsgestaltung in sämtlichen Lebenskontexten dar.²⁵⁹

Hilfreiche Werkzeuge für die Beratenden können dabei das Aktive Zuhören, ein fragender Tonfall, Paraphrasierung und Synonymfindung oder die Verwendung einfacher Sprache und Bevorzugung von Verben, Adjektiven

²⁵⁶ Dörner et al., 2013, Seite 267.

²⁵⁷ Weinberger 2013, Seite 20.

²⁵⁸ Vgl. ebenda, Seite 21.

²⁵⁹ Vgl. ebenda, Seite 41.

und Adverbien gegenüber Substantiven sein.²⁶⁰ Dabei ist aber stets darauf zu achten, dass das eigene Verhalten nicht künstlich oder mechanisch wird. Empathisches Verstehen ist keine Methode, sondern ein zwischenmenschliches Anliegen, das auf humanistischen und phänomenologischen Grundlagen basiert. Sich dieses als professionelle Haltung anzueignen, hat mehr mit persönlicher Entwicklung zu tun als mit dem Erlernen einer technischen Vorgehensweise.

7.3.2 Unbedingte Wertschätzung

Der klientenzentrierte Ansatz trägt an die BeraterInnen den Anspruch heran, ihr Gegenüber als Person uneingeschränkt zu akzeptieren, unabhängig davon, wie sie deren Verhalten bewerten.²⁶¹ Diese Akzeptanz darf nie nur vordergründig sein und muss immer wieder einer selbstreflektierenden Überprüfung unterzogen werden, denn eine unbedingte innere wertschätzende Haltung ist die Bedingung dafür, diese auch der Klientin oder dem Klienten eindeutig zu kommunizieren, und zwar nicht nur mit Worten, sondern auch mit Mimik, Körperhaltung, Gestik und Tonfall. Hier darf keine Abwertung oder Missbilligung ausgedrückt werden, auch nicht unbewusst. Aus therapeutischer Sicht ist dies notwendig, damit die KlientInnen in die Lage versetzt werden, auch negativ bewertete Anteile und Gefühle in ihr Selbstbild zu integrieren. Die akzeptierende Haltung hat aber auch noch andere positive Effekte:

- Gerade psychisch beeinträchtigte Personen brauchen (noch mehr als alle anderen) jene Anerkennung, die ihnen in der Vergangenheit zu oft verwehrt wurde.
- Akzeptanz fördert Selbstachtung und diese ist wiederum die Grundlage für Persönlichkeitsentwicklung sowie die Entwicklung von sozialer Kompetenz.
- Offenheit in der Beziehung zwischen KlientIn und BeraterIn kann nur dort stattfinden, wo erstere aufgrund einer wertschätzenden Grundatmosphäre auf Angst- und Verteidungsverhalten verzichten kann.²⁶²

»Dieses Akzeptieren sowohl der reifen wie der unreifen Impulse, der aggressiven wie der sozialen Einstellungen, der Schuldgefühle wie der positiven Äußerungen bietet dem Individuum zum ersten Mal in seinem Leben Gelegenheit, sich so zu verstehen, wie es ist. (...) Und in dieser Situation treten Einsicht und Selbstverstehen spontan zutage. Wer selbst nie diese Entwicklung von Einsicht beobachtet hat, wird schwerlich glauben, dass Individuen sich selbst und ihre Strukturen so wirkungsvoll erkennen können.«²⁶³

Selbstverständlich ist es uns nicht immer möglich, vollkommen wertschätzend zu sein, insbesondere wenn es uns selbst nicht gut geht und wir beruflich unter Druck stehen. Als Ziel sollte dies aber immer bestehen bleiben, und durch die Achtsamkeit auch uns selbst gegenüber und den Willen Menschen und ihre Handlungsmotive wirklich zu verstehen, auch wenn wir mit ihrem Verhalten nicht einverstanden sind, kommen wir diesem Anspruch Schritt für Schritt näher.

7.3.3 Kongruenz (Authentizität)

»Kongruenz bedeutet, dass die Beraterin sich dessen, was sie erlebt oder empfindet, deutlich gewahr wird, dass ihr diese Empfindungen verfügbar sind und sie dieses Erleben in den Kontakt mit der Klientin einbringt, wenn

²⁶⁰ Vgl. Weinberger 2013, Seite 43f.

²⁶¹ Vgl. ebenda, Seite 45.

²⁶² Vgl. Weinberger 2013, Seite 59.

²⁶³ Vgl. Weinberger 2013, Seite 60f.

es angemessen ist.«²⁶⁴ Mit sich selbst in Übereinstimmung zu sein, bedeutet auch, mit der Institution für die ich arbeite, einen klaren Bezug zu haben, vor allem frei von Angst. Kongruenz hat auch etwas mit dem eigenen Selbstwert zu tun und der Stimmigkeit, die die berufliche Tätigkeit für mich besitzt.

Für den oder die KlientIn ermöglicht ein stimmiges Gegenüber, er oder sie selbst und auch offen zu sein, und ehrlich über Probleme und Empfindungen zu sprechen. Nur so kann Vertrauen entstehen, das die Basis für eine Kommunikation ohne Spiele ist. Besonders Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sind auf diese beim Gegenüber angewiesen und werden sich Mühe geben die Beratenden darauf zu testen (siehe Kapitel 2.4). Professionell tätige Personen sollten hier mit gutem Beispiel voran gehen und die Kommunikation nicht noch schwieriger für Betroffene machen, als sie sich unter den gegebenen Bedingungen ohnehin schon für diese gestaltet.

7.4 Beziehungsgestaltung und Arbeitsbündnis

Eine tragfähige Beratungsbeziehung ruht auf den drei Säulen Akzeptanz, Verstehen und Verlässlichkeit, wie sie in der klientenzentrierten Haltung verinnerlicht und im besten Falle verbal und nonverbal geäußert werden. Sie ermöglicht Menschen, die sich schwach, unsicher und wiederholt in der Rolle eines Opfers sehen, wieder Boden unter den Füßen zu bekommen.

»Klienten werden sich weder ›gleichberechtigt‹ noch ›kraftvoll‹ fühlen. Im Gegenteil, sie werden das Gefühl haben, unfähig, kraftlos und abgewertet zu sein. Aber eine Beziehung, in der sie akzeptiert werden und wo sie die Erfahrung deutlicher Zuwendung machen und einer Bereitschaft, ihre Perspektive zu verstehen, kann Kräfte in ihnen freisetzen, die sie brauchen, um aktiv am Beratungsprozeß teilzunehmen.«²⁶⁵

Weitere wichtige Elemente dieser Beziehung sind das richtige Maß an Unterstützung und Herausforderung für die KlientInnen und die Möglichkeit Vertrauen aufzubauen.²⁶⁶ Es ist wichtig in der Anfangsphase gegenseitige Erwartungen zu äußern und abzuklären, inwiefern diese erfüllt werden können, und wo deren Erfüllung an Grenzen stößt. Auch über Befürchtungen zu sprechen, bzw. darüber, was im Laufe der Beratung nicht passieren soll, hilft dabei eine Vertrauensbasis zu schaffen und kommunikationsstörende Missverständnisse sowie Vorbehalte zu vermeiden.

Auf Basis einer solchen Beziehung ist es im Anschluss an die Problemerkennung möglich, eine Vereinbarung darüber zu schließen, was die Ziele und Rahmenbedingungen der Beratung, des Trainings etc. sein sollen. Dieser Aushandlungsprozess kann unterschiedlich lange dauern, sollte aber niemals übersprungen werden: »Beziehung ist – kommunikativ – auszuhandeln. Der Aushandlungsbedarf zwingt *beide* Seiten, Grenzen der gegenseitigen Erwartungen zu markieren. Für Soziale heißt dies, dicht an der Adressatin zu sein (*Nähe*) und zugleich auch zur (erforderlichenfalls robusten) Abgrenzung (*Distanz*) fähig zu sein, wenn z.B. die Gefahr der Instrumentalisierung (für Interessen und Zwecke des Beratenen) oder die Gefahr der Manipulation (für Zwecke der Sozialen Arbeit oder der Sozialen selbst, z.B. ein bestimmtes Verhalten des Individuums hervorzurufen) vorliegt (was bei letzterem zweifellos ein hohes Maß an selbstreflexiver Kompetenz voraussetzt). Für die Adressatin heißt das, durch den Sozialen eingeladen zu werden, ihrerseits zu formulieren, wo Nähe und Distanz erwartet werden. Beides begründet ein Arbeitsverhältnis, das sich allmählich (...) zu einem *Arbeitsbündnis* entwickeln kann.«²⁶⁷

264 Weinberger 2013, Seite 61f, zitiert nach Rogers 1972, Seite 46.

265 Weinberger 2013, Seite 66; zitiert nach Rogers 1997, Seite 31.

266 Culley 2013, Seite 30.

267 Vgl. Culley 2013, Seite 31.

Die lösungsorientierte Beratung bezeichnet diesen Aushandlungsprozess als eine Synchronisation auf drei Ebenen. Erst geht es um die Fragen: »Wer ist der Klient?«, »Worum geht es bei ihm?« und »Was erwartet er?« Dann geht es um die Abstimmung mit der Beraterseite » (...) auf persönlicher Ebene, in thematischer Hinsicht und bezüglich der Art und Weise der Kooperation – mit dem Ziel einer effektiven und effizienten Berater-Klient-Allianz«. ²⁶⁸

7.5 Unfreiwillige KlientInnen und Umgang mit Widerstand

Obwohl die Freiwilligkeit als eine wichtige Bedingung gelingender Beratung gilt, ist sie in den meisten realen Kontexten der beruflichen Beratungstätigkeit nicht gegeben und der Beratungsanlass in irgendeiner Form sowohl den KlientInnen als auch den Beratenden vorgeschrieben. Dies führt auf beiden Seiten zu Gefühlslagen und Einstellungen, die die Interaktion erschweren (siehe Kapitel 4.1.1). Während die BeraterInnen sehr schnell dazu neigen, Verhaltensweisen als widerständig zu bezeichnen, die sie unter anderen Umständen eher gelten lassen könnten, zeigen unfreiwillige KlientInnen (zunächst) oft Abwehrreaktionen, die sie angesichts der Bedrohung ihrer Autonomie und ihres Selbstwertes präventiv und übermäßig zum Einsatz bringen.

»Dass die Klienten eine eigene Sichtweise und Einschätzung haben, wird aufgrund ihrer ablehnenden Haltung von professionellen Helfern nur von Fall zu Fall deutlich wahrgenommen. Wenn die Klienten (ihre) Probleme beschreiben, dann benennen sie Defizite, die unmittelbar aus ihrem Alltag stammen (...). Mit ihrer Beschreibung geht einher, dass Klienten eine Betrachtungsweise »bevorzugen«, die Probleme äußeren Bedingungen und Faktoren zuordnen (Externalität der Probleme). ²⁶⁹

Das Eingeständnis etwas falsch zu machen und Hilfe zu brauchen, etwas verändern zu müssen, bedroht den Selbstwert, und die Auferlegung einer Problemdefinition mit der Verpflichtung etwas zu verändern die Autonomie der Betroffenen, welche oft vehement verteidigt wird. So kommt es auch zu der Situation, dass für die unfreiwilligen KlientInnen erst der Eingriff der Institution und der Druck der Beratenden zum Problem werden.

Aus Sicht der Systemtheorie ist die Problemdefinition ein Aushandlungsprozess. Dieser Aushandlungsprozess kann zum Konflikt werden oder aber von systemisch arbeitenden HelferInnen produktiv genutzt werden um die KlientInnen »ins Boot zu holen«.

Gerade in letzter Zeit ist man dazu übergegangen, in Bezug auf Widerstand bei KlientInnen von mangelnder Motivation (siehe Kapitel 4.2) zu sprechen. Leider wird diese allzu oft gleichgesetzt mit der Weigerung den Anweisungen der professionellen HelferInnen Folge zu leisten oder gar als Charaktereigenschaft angesehen. Diese Etikettierungen haben oft Sanktionen und den Entzug weiterer Hilfeleistungen zur Folge. Das andere Extrem wäre, unter Berufung auf die Selbstbestimmung und Autonomie der KlientInnen überhaupt davon abzusehen Position zu beziehen und jeglichem möglichen Konflikt aus dem Weg zu gehen. Aber auch hier wird in der Regel die Hilfeleistung versagt. ²⁷⁰

Es gibt jedoch in der Arbeit mit unfreiwilligen KlientInnen eine anders gelagerte Motivation, die leider sehr oft mit Misstrauen bedacht und deshalb viel zu selten genutzt wird: »Ihr Bedürfnis besteht zu Anfang darin, nicht die Aufmerksamkeit von Institutionen und ihren Vertretern zu erregen. Das ist oftmals der – einzige – Grund, der Klienten motiviert, Gespräche mit professionellen Helfern zu führen; ihre Reaktionen basieren auch auf

²⁶⁸ Wendt 2015, Seite 50.

²⁶⁹ Bamberger 2015, Seite 71.

²⁷⁰ Vgl. Conen / Cecchini 2009, Seite 47.

dieser Motivation. Es gibt also immer in gewisser Weise eine Art sekundärer Motivation, da die Klienten sich in irgendeiner Form einen Vorteil für sich versprechen.«²⁷¹

Zwang und Hilfe sind aneinander gekoppelt, was durchaus zu Komplikationen führt. Sie können aber überwunden und unter Umständen sogar beide Elemente produktiv verwendet werden. Erst einmal ist es wichtig, die besondere Situation als solche wahrzunehmen und zu würdigen. Und dann gilt es, sich nicht in Spiele zu verwickeln oder verwickeln zu lassen. Hier kann uns Bernes Transaktionsanalyse (siehe Kapitel 2.4 bzw. 4.1.1) dienlich sein, die mit den drei Persönlichkeitsanteilen »Kind-Ich«, »Eltern-Ich« und »Erwachsenen-Ich« ein einfaches Modell dafür bietet, wann kindliche Gefühle und Bedürfnisse, unreflektiert übernommene Wertvorstellungen oder aber eine reflektierte, sich mit den anderen Anteilen im Reinen befindende Persönlichkeit unsere Kommunikation bestimmt.

»Spreche ich als TrainerIn, BeraterIn etc. die KundInnen aus meinem Erwachsenen-Ich an und adressiere das Erwachsenen-Ich der KundInnen und lasse mich nicht auf Einladungen der KundInnen ins Eltern-Ich (Abwertung, Kritik, überhöhte Fürsorglichkeit etc.) oder ins Kind-Ich (trotzige Reaktionen etc.) ein, so kann es zu einem wertschätzenden und anerkennenden Beziehungsaufbau kommen. Die anfängliche Beziehung wird dann nicht zum »Drama«.«²⁷²

Zum Thema Umgang mit Widerstand in Beratung und Training sei auch auf einen Beitrag von Alfred Fellingner-Fritz im »Praxishandbuch: Train-the-Trainer-Methoden in der Berufs- und Arbeitsmarktorientierung« verwiesen.²⁷³

7.6 Transparenz

Insbesondere im Zwangskontext kann die offene Mitteilung über das Ziel der Institution und die möglichen Sanktionen dabei helfen, ein Problembewusstsein bei den KlientInnen zu erzeugen. Diese sind feststehende Rahmenbedingungen innerhalb derer eine Lösung entwickelt werden muss, wie auch immer diese für den oder die Betroffene aussehen mag. Legen Sie die Rahmenbedingungen, denen die KlientInnen und Sie selbst unterliegen, offen soweit Sie das können und dürfen. Versuchen Sie nicht, die Widersprüche, die sich daraus ergeben zu ignorieren, weil das nur zur Folge hat, dass Sie sich selbst damit belasten und Verantwortung für etwas übernehmen, das nicht in Ihrer Macht steht. Und verzichten Sie darauf, die Verantwortung einseitig auf den KlientInnen abzuladen, indem Sie den Druck auf sie erhöhen.

»Die naive professionelle Helferin, die meint, es reiche aus, den Klienten zu sagen, was sie tun müssen, und die davon ausgeht, dass die Klienten dies dann auch täten, gefährdet die Kooperationsbereitschaft und das Arbeitsbündnis und führt sich selbst ins Burnout, weil sie erlebt, dass ihre Bemühungen häufig vergeblich sind.«²⁷⁴

7.7 Geteilte Verantwortung: Problemlösung und Prozess

Innerhalb einer kooperativen und partnerschaftlichen Beratungsbeziehung bleibt die Aktivität der Beratenden auf die Struktur beschränkt. Er oder sie moderiert, strukturiert und visualisiert, fragt, fasst zusammen oder wie-

²⁷¹ Vgl. Conen / Cecchini 2009, Seite 54f.

²⁷² Conen / Cecchini 2009, Seite 60.

²⁷³ Fellingner-Fritz 2015, Seite 3.

²⁷⁴ Vgl. Fellingner-Fritz, Alfred (2011): Umgang mit Widerstand. In: Egger-Subotitsch, Andrea et al. (2011). Praxishandbuch: Train-the-Trainer-Methoden in der Berufs- und Arbeitsmarktorientierung, AMS Österreich, Wien.

derholt: »Die gesprächsführende Person sollte ihre Gesprächspartner *empfindend verstehen*, gleichzeitig *auf den Gesprächsprozess Einfluss nehmen* und drittens die *Beziehung konstruktiv gestalten*«. ²⁷⁵

Die inhaltliche Arbeit jedoch ist die Aufgabe der KlientInnen. Sie sind die ExpertInnen für ihr Leben und nur sie können also die Aufgabe übernehmen Problemlagen zu analysieren, Ziele festzulegen und Lösungswege zu wählen und zu beschreiten.

Egal ob jemand schon mit einer Problematik in eine Beratung kommt, oder diese durch Institutionen angeordnet wurde, so besteht eine grundlegende Vorarbeit darin, dass die Betroffenen beginnen, ihre Handlungsspielräume zu sehen. Das setzt allerdings voraus dass sie auf akzeptierende Weise die Verantwortung für ihr Handeln übernehmen.

»Dieses Vorgehen stellt einen wichtigen Unterschied zu dem traditionellen Vorgehen von Therapeuten dar. Statt den Klienten zu vermitteln, dass sie sich anders verhalten oder etwas besser machen sollen, spricht der Therapeut mit den Klienten über die Konsequenzen ihres Tuns, ohne dabei ihre Handlungen oder ihr Verhalten zu beurteilen«. ²⁷⁶

7.8 Das Prinzip Hoffnung

Resignation, Pessimismus und Hoffnungslosigkeit sind ein denkbar schlechter Ausgangspunkt dafür, sich aktiv zu verändern. Damit Betroffene auch in einer solchen Situation wieder eine positive Perspektive entwickeln können, ist es oft notwendig stellvertretend für sie Hoffnung und Optimismus hoch zu halten. Dabei kommt es jedoch auf das richtige Maß an.

Hoffnung ist ein »(...) Grundbestandteil der Arbeit eines professionellen Helfers, jedoch sollte sich dieser bewusst sein, dass eine überschwängliche Hoffnung bei Klienten den gegenteiligen Effekt auslösen kann. Die eigenen Unzulänglichkeiten akzeptieren zu lernen und sich an den eigenen kleinen Fortschritten zu erfreuen ist Teil der notwendigen Kommunikation zwischen professionellem Helfer und Klienten, damit der Hoffnung der notwendige Raum für Entwicklung gegeben werden kann«. ²⁷⁷

Hoffnung zu machen, bedeutet keinesfalls die Realität zu verleugnen, Einschränkungen oder Ängste zu ignorieren oder zu behaupten, alles wäre so ohne weiteres möglich. Hoffnung darf auch nicht bedeuten vergangene Enttäuschungen oder Erlebnisse des Scheiterns auszuklammern, denn das führt nur dazu, dass die Ängste sich verstärken, je näher die Möglichkeit rückt, eine Veränderung zu erreichen. Diese wiederum kann dazu führen, dass der Druck und die eigenen Ansprüche zu hoch werden. Insofern kann die pessimistische Haltung ein wichtiger Selbstschutz sein. Auch dies gilt es anzuerkennen. ²⁷⁸

»Neue Hoffnungen lassen bewusst werden, was an alten Hoffnungen nicht realisiert werden konnte; diese Hoffnungen verletzen, machen Unterschiede deutlich, die schmerzhaft sind. Die sehr nachvollziehbare Reaktion vieler Klienten besteht darin, diese Hoffnungen nicht ohne Weiteres zuzulassen, sondern dem »optimistischen« professionellen Helfer erst einmal mit Skepsis oder zumindest Zurückhaltung zu begegnen«. ²⁷⁹

²⁷⁵ Roessler 2012, Seite 162.

²⁷⁶ Widulle 2012, Seite 102.

²⁷⁷ Conen/Cecchin 2009, Seite 181.

²⁷⁸ Conen/Cecchin 2009, Seite 69.

²⁷⁹ Vgl. Conen/Cecchin 2009, Seite 65ff.

7.9 Die Ambivalenz anerkennen und Diskrepanz verdeutlichen

Dem ursprünglich in der Suchttherapie eingesetzten und mittlerweile im Bereich psychischer Erkrankung genauso wie in der Gesundheitsförderung gut etablierten »Motivational Interviewing« liegt die Einsicht zugrunde, dass Menschen in Bezug auf Veränderungen (insbesondere des eigenen Verhaltens) nie einfach nur motiviert oder unmotiviert sind, sondern stets ambivalent (siehe Kapitel 4.2.3). Dies liegt daran, dass zum einen die Veränderung des Verhaltens auch negative Folgen haben kann, und zum anderen die Beibehaltung der problematischen Verhaltensmuster durchaus auch Vorteile für den oder die Betroffene haben könnten.

Diese Aspekte werden in der Beratung oft ignoriert, obwohl sie (meist unbewusst) einen starken Einfluss auf die Änderungsbereitschaft ausüben. Dies führt entweder zu direktem Widerstand der KlientInnen, oder aber die angestrebte Verhaltensänderung bleibt einfach aus. Die motivierende Gesprächsführung geht auf diesen doppelten Annäherungs-Vermeidungskonflikt (siehe Kapitel 4.2.2) gezielt ein, denn »(...) der erste Schritt zur Motivation von Patienten mit psychischen Problemen ist die Anerkennung ihrer Ambivalenz gegenüber einer Verhaltensänderung«.²⁸⁰

Das Für und Wider einer Veränderung soll ausgekundschaftet werden, wobei es wichtig ist, auch das Für und Wider des Status Quo ehrlich und ausführlich zu beleuchten und den oder die KlientIn bei der Erkundung bisher noch nicht eingestandener Aspekte akzeptierend zu begleiten.

»Wenn bei einem ambivalenten Klienten Unbehagen aufkommt, besteht die grundlegende Unterstützungsstrategie darin, seine Empfindungen anzuerkennen, sie zu reflektieren und dem Klienten zu erläutern, dass es in dieser Situation, solange man sich noch nicht entschieden hat, ganz normal ist, sich unter Druck zu fühlen«.²⁸¹

Ein weiterer innerpsychischer Aspekt, den man in der Beratung bearbeiten kann, um Veränderungsmotivation zu stärken, insbesondere dann, wenn KlientInnen wenig Problembewusstsein zeigen, sind Diskrepanzen. »Diskrepanzen entwickeln bedeutet, dazu beitragen, dass Patienten in ihrer Selbstwahrnehmung Widersprüche oder Dissonanzen entdecken. (...) Wenn dies gelingt, ohne die Abwehrstrategien der Patienten übermäßig zu aktivieren (indem nämlich mit Distanz und Respekt sachlich informiert wird), dann bestehen gute Chancen, dass die Patienten die Gründe für eine Veränderung selbst finden«.²⁸²

Wichtig ist jedoch, dass die Diskrepanz nicht zu groß und nicht zu klein ist. In erstem Fall kann es sein, dass sich die Person damit überfordert fühlen würde, und dann sollte an einem realistischeren Ziel gearbeitet werden. Ist die Diskrepanz allerdings zu klein, dann wird eine Änderung wenig Unterschied machen und dementsprechend wenig Anreiz ausüben.²⁸³

Für die Phase der Ambivalenz empfiehlt sich ein Kommunikationsstil, der aus Informieren, Fragen und Zuhören besteht. Unterstützend wirken hier Fragetechniken (insbesondere offene Fragen), aktives Zuhören.²⁸⁴ Je näher die Überschreitung des Rubikons bzw. die Absichtsbildung rückt, desto mehr werden positive Bestätigung, Ressourcenorientierung und Zielarbeit als Interventionen an Bedeutung gewinnen. In der motivierenden Gesprächsführung wird diese Phase daran festgemacht, dass sich bei den KlientInnen ein verändertes Verhältnis zwischen »Change Talk« und Sustain Talk« abzeichnet. Sie äußern sich weniger zugunsten Beibehaltung des Status quo und dafür häufiger für eine Veränderung.²⁸⁵

²⁸⁰ Conen/Cecchin 2009, Seite 67.

²⁸¹ Kremer/Schulz 2013, Seite 33.

²⁸² Millner/Rollnick 2015, Seite 279.

²⁸³ Kremer/Schulz 2012, Seite 40.

²⁸⁴ Vgl. Millner/Rollnick 2015, Seite 286.

²⁸⁵ Vgl. Kremer/Schulz 2012.

7.10 Nach vorne schauen: Lösungsorientierung und die Arbeit an Zielen

Kennzeichen lösungsorientierter Beratungstätigkeit ist es, trotz der angemessenen Würdigung des Problems schon bald den Fokus auf die Zukunft auszurichten, auf das, was es zu erreichen gilt. Versuchen Sie in einem ersten Schritt herauszufinden, was und wer den KlientInnen wichtig ist, was ihre Wünsche und Hoffnungen und ihre Vorstellungen von einer besseren Zukunft sind.²⁸⁶

Tabelle 19: Lösungsorientierung statt Problemorientierung

Statt analysierend-statischer Fragen über die Vergangenheit zukunfts-, verhaltens- und zielorientierte Fragen
Welche Ursachen hat das Problem?	Was müsste wer wann in der Zukunft anders tun, damit für Sie ein optimaleres Ergebnis herauskommt?
Wer hat es verursacht?	Was müssten vor allem Sie tun / unterlassen?
Wer oder was ist letztendlich Schuld daran?	Welche Ziele wollen Sie mit Ihrem geänderten Verhalten erreichen?
Was ist das Schlimmste daran?	Was soll in Zukunft anders sein?
Was ist in der Vergangenheit schief gelaufen?	An welchem Verhalten von Ihnen würden Sie / jemand anders bemerken, dass Sie ihr Ziel erreicht haben?
Warum?	Wer würde sich freuen, wenn Sie Ihr Ziel nicht erreichen würden?

Quelle: nach Radatz 2002, Seite 7

Indem Sie Ihre Fragen in Richtung alternativer Szenarien orientieren, senken Sie den Anteil der Zeit, die darauf verwendet wird, sich zu beklagen, und beginnen, die KlientInnen langsam aus der Problemfixierung zu holen.

Tendenziell soll ein vager, angestrebter Soll-Zustand zu einem konkreten Ziel ausformuliert werden. Damit dieses auch wirklich genügend Änderungspotenzial aktiviert, sollten einige Bedingungen erfüllt sein.

In der Theorie spricht man von wohlformulierten Zielen und folgenden Eigenschaften:

- »Das Ziel ist für den Klienten wichtig und es besteht ein Commitment (...) bezüglich des Ziels.
- Der Klient verfügt über die erforderlichen Fähigkeiten zur Zielerreichung.
- Das Ziel liegt im Einflussbereich und innerhalb der Kontrolle der betreffenden Person und besteht beispielsweise nicht darin, dass der Ehemann sich ändern soll.
- Die Lösung ist keine abgeschlossene Handlung, sondern ein Prozess, mit dem sofort begonnen werden kann – Zielformulierungen sollten den Beginn von etwas erfassen und nicht das Ende.
- Das Ziel ist als Annäherungsziel und nicht als Vermeidungsziel formuliert: »Hin zum Ziel« und nicht »weg vom Problem«, also die Anwesenheit von etwas erwünschtem und nicht die Abwesenheit eines unerwünschten Zustands (...).
- Ziele müssen in der Sprache der Klientin formuliert sein.
- Ziele sollten interaktional (...) verankert sein, also für andere bemerkbar sein.
- Der Klient sollte über Strategien verfügen, wie er den nächsten Schritt realisieren kann.«²⁸⁷

²⁸⁶ Vgl. Miller / Rollnick 2015, Seite 187ff.

²⁸⁷ Roessler 2012, Seite 161.

7.11 Eigene Stärken nutzbar machen: Ressourcenorientierte Beratung

Ein ressourcenorientierter Ansatz in der Beratung geht grundsätzlich davon aus, dass dem Klienten oder der Klientin bereits alles zur Verfügung steht, was er oder sie braucht, um die eigenen Probleme zu lösen. Nicht mehr das Problem soll im Vordergrund der Auseinandersetzung stehen, sondern all das, was als hilfreich und stärkend in Hinblick auf das zu erreichende Ziel beurteilt wird. Die Beratung entwickelt sich in diesem Sinne zunehmend weg von einer reinen Problem- oder Defizitorientierung, weil angenommen wird, dass die KlientInnen, so schlecht es ihnen auch gehen mag, durchaus Stärken und Potenziale haben, die ihnen aber oft im Moment nicht zur Verfügung stehen oder durch die dominierende Präsenz einer akuten Beeinträchtigung aus dem Blick geraten sind.

Die Definition von Ressource ist sehr umfassend, und als solche kann »(...) jeder Aspekt des seelischen Geschehens und darüber hinaus der gesamten Lebenssituation eines Patienten aufgefasst werden, also zum Beispiel motivationale Bereitschaften, Ziele, Wünsche, Abneigungen, Interessen, Überzeugungen, Werthaltungen, Geschmack, Einstellungen, Wissen, Bildung, Fähigkeiten, Gewohnheiten, Interaktionsstile, physische Merkmale wie Aussehen, Kraft oder Ausdauer, finanzielle Möglichkeiten und das ganze Potenzial der zwischenmenschlichen Beziehungen eines Menschen (...).«²⁸⁸

»Unter potenziellen Ressourcen können alle Gegebenheiten, Objekte, Mittel und Merkmale einer Person und der sozialen, gesellschaftlichen, technisch-physikalischen und biologischen Umwelt verstanden werden, die zur Bewältigung von persönlichen oder externen Anforderungen oder Zielsetzungen eingesetzt werden können. Sie ruhen gewissermaßen in der Person und in der Umwelt ... Zu aktivierten Ressourcen werden sie erst, wenn sie zur Anforderungsbewältigung oder Zielerreichung als brauchbar erkannt und entsprechend eingesetzt werden.«²⁸⁹

Ziel der Beratung ist es nun, solche Ressourcen aufzuspüren und zu aktivieren. Für eine weniger abstrakte Orientierung nennt Knuf (2007) drei Bereiche, in denen diese verortet werden können:

1. Äußere Ressourcen: soziale Kontakte oder materielle Möglichkeiten, z.B. Familie, FreundInnen, Nachbarn, finanzielle Rücklagen, Rente, Wohnung, CD-Sammlung, Auto, Führerschein.
2. Innere Ressourcen: Fähigkeiten und Eigenschaften der Person, die unterstützend und hilfreich sein können, z.B. eigene Interessen, Hobbys, Dinge, die Spaß machen, intellektuelle Fähigkeiten, Sprachkenntnisse, wichtige positive Erfahrungen, Humor, sympathisches Auftreten.
3. Die »Quelle« von Sinn: Wodurch erlebt die Klientin bzw. der Klient Sinn und Bedeutsamkeit in seinem Leben? Wofür lohnt es sich, all diese Ressourcen auch einzusetzen? Beispielsweise Religion, Familie, eigen Kinder.²⁹⁰

Ganz konkret gilt es zu sondieren, was die Person als Ganzes (im positiven Sinne) ausmacht, und diese Elemente konsequent herauszustellen, zu betonen und bewusst zu machen: »Fragen Sie ihre Klienten danach, worauf sie stolz sind, was sie gerne noch einmal erleben möchten oder woran sie sich gerne erinnern. Fragen Sie sich selbst, was Sie an Ihrem Klienten bewundern oder womit er Sie schon einmal überrascht hat.«²⁹¹

288 Grawe 2007, Seite 34, zitiert nach Storch / Krause 2007, Seite 84.

289 Schubert / Knecht, 2011, zitiert in: Schubert 2012, Seite 117.

290 Vgl. Knuf 2007, zitiert nach Hammer / Plößl 2012, Seite 28.

291 Hammer / Plößl 2012, Seite 28.

7.11.1 Cheerleading und Komplimente

Es ist dabei auch gar nicht notwendig, die betreffenden KlientInnen über einen langen Zeitraum zu kennen. Anerkennende Worte als Hinweis auf wahrgenommene Ressourcen können sich auch auf Ereignisse innerhalb der unmittelbaren Gesprächssituation beziehen. Psychisch beeinträchtigte Personen haben oft große Schwierigkeiten ihren »Möglichkeitsraum«²⁹² überhaupt wahrzunehmen. Wiederholtes positives Feedback und die Vorbildwirkung eines ressourcenfokussierten Denkens und Sprechens ihres Gegenübers kann ihnen dabei helfen diesen überhaupt erst wieder in den Blick zu bekommen.

Die Ressourcenorientierung in der Beratung ist weniger eine Technik, als vielmehr eine grundlegende Haltung: »Berater begeben sich damit auf ein neues Terrain: Sie verzichten auf ihre Kompetenz als Experten für das Leid dieser Welt und werden stattdessen immer mehr zu erfolgreichen »Schatzsuchern«, die ihren Klienten ein positives Selbsterleben vermitteln.«²⁹³

Um die (wieder-)entdeckten Ressourcen, die als Folge der zunehmenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes der betroffenen Person meist schon über längere Zeit brach liegen, für die Zielerreichung nutzbar zu machen, müssen diese in vielen Fällen erst (re-)aktiviert werden. Fragen Sie die KlientInnen, wie sie dieses und jenes geschafft hätten, was ihnen wo wie gelungen ist, worauf sie stolz sind oder was denn in Bezug auf ihr Problem schon geholfen hat. Machen Sie sie auch auf kleine Errungenschaften aufmerksam und würdigen Sie diese angemessen und ehrlich.

Grundsätzlich ist das Konzept der ressourcenorientierten Beratung und Therapie auf einen mehr oder weniger längeren Prozess mit mehreren Sitzungen ausgelegt, in dem nach und nach das Potenzial zur Zielerreichung aktualisiert wird. Besondere Aufmerksamkeit erfährt diese vor allem in der Hypnotherapie und der lösungsorientierten Kurzzeittherapie. Es konnten jedoch positive Wirkungen sehr wohl auch für einzelne Therapiesitzungen nachgewiesen werden, besonders was die rückwirkende Beurteilung dieser durch die PatientInnen betrifft.²⁹⁴

Die Kritik an dem Ansatz, der eng verknüpft mit der Positiven Psychologie ist, bezieht sich im Kern darauf, dass die Probleme der KlientInnen dabei systematisch übergangen würden und sich der Effekt auf die Herstellung eines oberflächlichen Wohlgefühls begrenze. Studien der so genannten »Schweizer »Ressourcen Task Force« zeigen allerdings, dass »ressourcenaktivierende Verhaltensweisen und Problembearbeitung in keinem Widerspruch zueinander stehen, sondern im Gegenteil einander auf den verschiedenen Untersuchungsebenen ergänzen«, und konsequente Ressourcenaktivierung zudem nachweislich die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass die angestrebten Ziele und Lösungen tatsächlich auch erreicht werden.²⁹⁵

Zum Schluss gilt es also festzuhalten, dass die ressourcenorientierte Beratung keinesfalls dazu führen soll, die Problemlagen der KlientInnenschaft zu ignorieren oder gar zu verleugnen. Die Anerkennung der Probleme, die den KlientInnen das Leben schwer machen, ist und bleibt ein wichtiger Faktor für die Gewährleistung einer qualitativvollen Beratungsbeziehung. Der Ansatz bleibt aber nicht dabei stehen, sondern versucht aktiv einer allgemeinen Überbetonung der Schwächen und Defizite entgegenzuwirken. Dieses Vorgehen ist dem Grundsatz geschuldet, dass eine Person niemals *nur* krank oder bedürftig und hilflos ist und öffnet den Blick für eine differenzierte Wahrnehmung von Stärken und Schwächen einer Person, die sich, wie alle anderen auch, momentan an einer bestimmten Stelle des Kontinuums zwischen Gesundheit und Krankheit befindet.

292 Grawe 1998, zitiert nach Storch/Krause 2007, Seite 84.

293 Bamberger 2015, Seite 62.

294 Vgl. Bamberger 2015, Seite 62.

295 Vgl. Flückiger/Studer 2009, Seite 10.

7.12 Empowerment in der Beratung: Förderung von Selbstwirksamkeit und Selbstmanagementfähigkeiten

Begibt sich eine Person nun tatsächlich auf den Weg zur Veränderung braucht sie viel intrinsische Motivation und ein ausgeprägtes, nachhaltiges Gefühl von Selbstwirksamkeit, das ihr dabei hilft, ausdauernd zu sein und eventuelle Rückschläge und Krisen zu bewältigen. Sämtliche bisher beschriebenen Methoden sollen dabei unterstützend wirken und aus der erlebten Hilflosigkeit heraus führen. Vor allem sollen sie Betroffene davor bewahren erneut diese Gefühle erleben zu müssen.

KritikerInnen sehen darin jedoch eine große Gefahr der spätmodernen Leistungsgesellschaft, nämlich dort wo »Fremdzwang« durch »Selbstzwang« ersetzt wird und Selbstmanagement als Imperativ uneingeschränkt zu gelten habe. Insbesondere die Psychologisierung der sozialen Kontrolle über Emotionsregulation berge Gefahren für das Individuum, wo Gesundheit als Pflichtübung entworfen werde: »Persönlichkeitsbildung und Gesundheit werden als Aufgaben verstanden, an denen jeder Mensch zu arbeiten, für die er Verantwortung zu übernehmen hat.«²⁹⁶

Selbstbefähigung setzt Menschen mitunter gehörig unter Druck und übersieht oft deren Einschränkung durch soziale Rahmenbedingungen oder andere Umweltfaktoren. Unter dem Motto »Alles ist möglich, wenn man nur will und an sich arbeitet« gerät dies allzu schnell Überforderung, Scheiternserlebnisse und darauf folgende Schuldzuweisungen. Die Anforderungen an das Individuum sind gegenüber jenen der frühen Moderne enorm angewachsen, in der es galt, sich in erreichbare Berufsrollen und Positionen zu begeben oder den durch Institutionen vorgegebenen Wegen zu folgen. Aus solchen Sicherheiten ist das Individuum heute freigesetzt und damit scheinbar auch allen Beschränkungen: »Die spätmoderne Gesellschaft hingegen ist geprägt von einem Aktivierungsschema, das auf die Mobilisierung aller körperlichen und – immer mehr – auch der mentalen Energien pocht.«²⁹⁷

»Aber der gesellschaftliche und berufliche Fitness-Parcours hat kein erreichbares Maß, kein Ziel an dem man ankommen kann, sondern es ist eine nach oben offene Skala, jeder Rekord kann immer noch gesteigert werden. Hier ist trotz Wellness-Industrie keine Chance eine Ökologie der eigenen Ressourcen zu betreiben, sondern in einem unaufhaltsamen Steigerungszirkel läuft alles auf Scheitern und einen Erschöpfungszustand zu.«²⁹⁸ Gefährlich wird die Fokussierung auf und Inanspruchnahme von individuellen Ressourcen dort, wo sie »alle Fragen nach Arbeitsbedingungen, nach Ausbeutung und Entfremdung ins Schattenreich des Nicht-thematisierbaren verweist und menschliche Ressourcen in einem umfassenden Sinn ausschöpft.«²⁹⁹ Am Ende steht das alleingelassene, gescheiterte und erschöpfte Selbst, dem allein die Schuld am nicht gelungenen Leben angelastet wird. Beratung geht hier fehl, wenn sie statt der notwendigen Entlastung ein Mehr an Selbstmanagement, Selbstbefähigung und Eigeninitiative als Kompensation für strukturelle, gesellschaftliche Mängel fordert.

ExpertInnenmeinung

Tipps für Betroffene

- Sehen Sie die BeraterInnen/TrainerInnen nicht als FeindIn – geben Sie ihnen eine Chance.
- Geben Sie den BeraterInnen/TrainerInnen ehrliches Feedback (z.B. Bedrängnisgefühle, Ungerechtigkeitsgefühle, Unsicherheit) und fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht verstehen.

²⁹⁶ Keupp 2013, Seite 1725.

²⁹⁷ Ebenda, Seite 1731.

²⁹⁸ Ebenda, Seite 1733.

²⁹⁹ Ebenda, Seite 1734.

- Sprechen Sie offen über psychische Probleme, damit Sie adäquate Unterstützung bekommen. Erzählen Sie aber auch nicht mehr als notwendig bzw. wahren Sie zunächst auch ein gesundes Misstrauen und öffnen Sie sich, je nachdem wieviel Vertrauen Sie aufbringen können.
- Lassen Sie sich nicht von aufgebauschten »Horrorgeschichten« und Einzelmeinungen beunruhigen. Es gibt sicherlich schwarze Schafe unter den Maßnahmen, BeraterInnen und TrainerInnen – aber das liegt immer auch im Auge des / der BetrachterIn, machen Sie sich zuerst ein eigenes Bild.
- Verteufeln Sie nicht sofort jedes Angebot, sondern überlegen Sie sich, welche Vorteile Sie daraus gewinnen können. Wenn Sie sich prinzipiell darauf einlassen können, probieren Sie auch mal etwas aus. Sollte etwas für Sie gar nicht passen, überlegen Sie sich die Gründe bzw. besprechen Sie das mit dem / der BeraterIn / TrainerIn.
- Seien Sie sich bewusst, dass die BeraterInnen / TrainerInnen weder Sie genau kennen, noch alle Unterstützungsmöglichkeiten. Erklären und Klären Sie gemeinsam die Situation.
- Es kann nützlich sein, ein Team hinter sich zu haben. Wenn Ihnen das sinnvoll erscheint, lassen Sie das Hinzuziehen anderer Fachkräfte zu.
- Im Extremfall lassen Sie sich aber Grenzüberschreitungen nicht gefallen, fordern Sie ggf. einen respektvollen Umgang oder einen BeraterInnen- / TrainerInnenwechsel ein; verhalten Sie sich dabei selbst möglichst deutlich aber respektvoll. Vielleicht finden Sie auch Unterstützung durch Selbsthilfegruppen oder Interessenvertretungen. Wichtig ist aber: Nehmen Sie es nicht persönlich! BeraterInnen / TrainerInnen sind auch nur Menschen und haben vielleicht eigene Probleme, stehen selbst unter Druck etc.

8 Methoden- und Materialsammlung

8.1 Leitlinien für den Umgang mit Betroffenen

- Schaffen Sie zu Beginn genug Raum, um gegenseitige Erwartungen (auch Befürchtungen) zu klären, und erarbeiten Sie, wo die Grenzen deren Erfüllung sind.
- Haben Sie Verständnis für wechselnde Belastbarkeit oder Stimmungen bei den KundInnen.
- Seien Sie vorsichtig und zurückhaltend mit Druck und Sanktionen. Sollte es unumgänglich sein, klären Sie die Situation in einem Einzelgespräch.
- Klären Sie so oft wie möglich Ihre Rolle, Ihre Erwartungen und Ziele und sprechen Sie offen darüber.
- Kommunizieren Sie soweit wie möglich die Rahmenbedingungen Ihrer eigenen Arbeit.
- Informieren Sie über Grenzen und Möglichkeiten des jeweiligen Hilfesystems.
- Fördern Sie eigene Zielsetzungen der KundInnen.
- Achten Sie bewusst auf die Stärken und Kompetenzen der KundInnen.
- Unterstützen Sie die KundInnen dabei, Fehlbelastung (Über- und Unterforderung) zu vermeiden.
- Signalisieren Sie Offenheit für Fragen und Anliegen der KundInnen.
- Üben Sie sich in stellvertretender Hoffnung.
- Wahren Sie professionelle Distanz.
- Seien Sie stets achtsam auf Emotionen (auch Angst und Wut) und versuchen Sie diese anzuerkennen und zu akzeptieren.
- Haben Sie stets Vertrauen in die grundsätzliche Arbeits- und Veränderungswilligkeit des Gegenübers.
- Seien Sie offen für individuelle (Zwischen-)Lösungen und kleine Schritte.
- Verfolgen Sie innerhalb ihrer Möglichkeiten stets das Ziel, wirklich passende Angebote und Lösungen zu finden.
- Stellen Sie Kontinuität her, wo immer dies möglich ist.
- Akzeptieren Sie, wenn jemand sich im Veränderungsprozess noch in der Phase der Absichtslosigkeit befindet. Machen Sie aber auch klar, inwiefern dies mit den Zielen der Institution oder Ihrem Auftrag konfliktiert.
- Die KundInnen sind immer die ExpertInnen für ihr eigenes Leben.
- Tun Sie niemals etwas für KundInnen, wozu sie selbst in der Lage sind.
- Eröffnen Sie Möglichkeitsräume für Entscheidungen und Handlungen.
- Suchen Sie stets nach der bestmöglichen Passung zwischen Mensch und Umweltanforderungen.
- Bilden Sie sich weiter.
- Reflektieren Sie ihr Verhalten und ihre Einstellungen ausgiebig, auch gemeinsam mit anderen.

- Holen Sie sich selbst so oft wie möglich Unterstützung und Feedback von außen.
- Übernehmen Sie Verantwortung für Ihren Anteil an der Kommunikation.
- Trauen Sie sich authentisch zu sein und auch Fehler einzugestehen.
- Fördern und anerkennen Sie Eigeninitiative.
- Nehmen Sie wahr, welchen Kommunikationsstil Sie haben und ob dieser sich gegenüber verschiedenen Menschen verändert.
- Informieren Sie KundInnen ausführlich über Hilfeangebote und Kurse.
- In Bezug auf das Fordern gilt: Jede bewältigbare Herausforderung trägt zur Stabilisierung des Selbstwertgefühls Ihrer KundInnen bei, während Überforderung massive Krisen auslösen kann.
- Sorgen Sie dafür, dass bei Übergängen zwischen Hilfeangeboten bei instabilen Personen keine Betreuungslücken entstehen.
- Gehen Sie offen mit dem doppelten Mandat um und erklären Sie ihre besondere Zwischenposition.
- Lassen Sie sich nicht in Kommunikationsspiele und manipulative Strategien verstricken.
- Nehmen Sie Abstand von moralischen Beurteilungen.
- Versuchen Sie sich auf das Verhalten der KundInnen zu beziehen und möglichst keine Rückschlüsse auf ihre Persönlichkeit zu ziehen.
- Streben Sie Lösungen an, die die erschwerten Rahmenbedingungen nicht ignorieren, sondern diese miteinbeziehen.
- Ob jemand nicht kann oder unwillig ist, etwas zu tun, können Sie letztlich nie wissen. Deshalb ist es sinnvoll, immer von Unvermögen auszugehen.
- Äußern Sie ehrlich die Grenzen Ihrer eigenen Handlungsmöglichkeiten.
- Diagnosen sind immer nur Arbeitshypothesen. Wozu eine Person fähig ist oder nicht, muss immer individuell und situativ abgeklärt werden. Vermeiden Sie diagnostisches Schubladendenken!
- Die Arbeitsfähigkeit einer Person hängt auch von den Rahmenbedingungen und konkreten Anforderungen einer angestrebten Stelle ab, die es möglichst exakt zu bestimmen gilt.
- Behalten Sie stets im Auge, dass Erlebnisse des Scheiterns bei den KundInnen eine Verschlechterung ihres psychischen Zustandes auslösen kann.
- Entkräften Sie »Alles-oder-Nichts-Einstellungen« oder übersteigerte Selbstansprüche bei KundInnen.
- Seien Sie sensibel, was mögliche berufsbezogene Ängste der KundInnen betrifft und unterschätzen Sie niemals deren Auswirkungen.
- Gehen Sie stets auf Ambivalenzen in Bezug auf Verhaltensänderungen der KundInnen ein. In den seltensten Fällen gibt es keine Widersprüche, was die Zielerreichung angeht.
- Vergessen Sie niemals, auch auf die Kosten von Veränderungen und der Erreichung von Zielen einzugehen, denn sie können oft unbewusste innere Hinderungsgründe darstellen.
- Veränderungsmotivation ist keine Persönlichkeitsdimension, sondern ein phasenspezifischer Zustand in Bezug auf ein bestimmtes Ziel.
- Kosten und Gewinne von Veränderungen können immer nur durch die betreffende Person selbst bewertet werden. Versuchen Sie deshalb niemals mit Überredung zu arbeiten.
- Hinterfragen Sie regelmäßig Ihre innere Haltung und ob Ihr Verhalten mit dieser übereinstimmt.
- Tun Sie Ihr Möglichstes, um zu verhindern, dass KundInnen sich wehrlos und ausgeliefert fühlen.
- Eröffnen Sie wirkliche Entscheidungsmöglichkeiten wo immer sich das einrichten lässt und nennen Sie Gründe, wenn es nicht möglich ist.
- Zeigen Sie Interesse und Einfühlungsvermögen und üben Sie sich in Akzeptanz.

- Streben Sie stets gemeinsame Situationsinterpretationen mit den KundInnen an, in die beide Sichtweisen einfließen.
- Seien Sie sich der Grenzen ihrer Profession bewusst, aber auch der Tatsache, dass wertschätzende Kommunikation in allen beratenden Berufen wichtig ist.
- Richten Sie Ihr Interesse immer wieder darauf aus, Ihr Gegenüber wirklich zu verstehen.
- Freuen Sie sich über kleine Erfolge und machen Sie die KundInnen anerkennend darauf aufmerksam.
- Machen Sie KundInnen behutsam auf Kosten ihres Verhaltens aufmerksam.
- Nutzen Sie Ambivalenzen und Diskrepanzen in den Äußerungen der KundInnen für eine produktive differenzierte Auseinandersetzung. Sie stellt die Basis für fundierte Entscheidungen dar.
- Bei unentschiedenen KundInnen empfiehlt sich ein Kommunikationsstil, bei dem Information, Fragen und aktives Zuhören im Vordergrund stehen.
- Ist eine Person schon entschieden, dann setzen Sie verstärkt auf positive Bestätigung, Ressourcenarbeit und Zieldefinition.
- Geben Sie den KundInnen möglichst viel und aufrichtiges Feedback.
- Seien Sie ein Vorbild für die KundInnen in Sachen Kommunikationsstil, positive Lebenseinstellung, soziale Kompetenz und Selbstbewusstsein.

8.2 Nicht adäquate Verhaltensweisen von Beratenden

In ihrer Praxisanleitung zur klientenzentrierten Gesprächsführung beschreibt Sabine Weinberger, wie sich BeraterInnen gegenüber ihren KlientInnen auf keinen Fall verhalten sollten, und wie sich diese falschen Verhaltensweisen auf ihr Gegenüber auswirken können.

- **Bagatellisieren**
Wenn Probleme oder Gefühle heruntergespielt und kleingeredet werden, löst das das Gefühl aus, nicht ernst genommen oder nicht verstanden zu werden. Die Motivation überhaupt noch an einer Problemlösung zu arbeiten schwindet.
- **Diagnostizieren**
Das Schubladisieren und Etikettieren der Person zeugt von mangelndem Interesse auf das Gegenüber individuell einzugehen. Außerdem signalisiert so eine Haltung eine asymmetrische, hierarchische Beziehung und schafft Distanz, die für ein Arbeitsbündnis nicht geeignet ist.
- **Dirigieren**
Eine der häufigsten Verhaltensweisen von Beratenden ist die Vermittlung von Ratschlägen und Lösungsvorschlägen, die leider oft sehr wenig mit der Lebenswelt der KlientInnen zu tun haben. Zudem haben solche Anweisungen nicht den Verbindlichkeitscharakter von eigenen Lösungswegen und setzen die KlientInnen unter Druck, Dinge zu tun, die ihnen vielleicht gar nicht möglich sind.
- **Examinieren**
Niemand lässt sich gerne verhören und ausfragen, und es gibt einen großen Unterschied zwischen Fragen aus Interesse und Empathie und solchen »Frage-Antwort-Spielen«. Sie verhindern, dass KlientInnen über die für sie wichtigen Aspekte einer Problematik sprechen und geben den Fokus vor. Der oder die BeraterIn will auf etwas Bestimmtes hinaus, sein oder ihr Gegenüber kann nur passiv folgen.

- **Sich identifizieren**

Mit dieser Verhaltensweise nimmt eine beratende Person den Hilfesuchenden quasi ihr Anrecht auf ihre eigene Situation und Problematik weg, indem sie sich an seine oder ihre Stelle setzt und ihre eigenen Gefühle und Lösungsstrategien platziert.

- **Interpretieren**

Interpretationen verhindern weitestgehend wirkliches Verstehen. Sie bewirken, dass der betroffenen Person ein eigener Zugang verwehrt wird, ihre eigene Situationsdefinition von einer Fachperson entwertet wird.

- **Moralisieren**

Werturteile (positive und negative!) sind zu unterlassen, weil sie Schuldgefühle, Widerstand, aber auf jeden Fall das Gefühl auslösen können, von einer höherstehenden Person benotet zu werden. Die Werte und Normen der Beratenden sind aber für die individuelle Problemlösung nicht von Belang.

- **Intellektualisieren**

Rationalisierungen helfen den KlientInnen in den seltensten Fällen dabei, ihre Probleme zu lösen. In der Regel können sie die Situation vom Kopf her sehr gut beschreiben. Die Aufgabe der Beratenden ist es, auch auf die emotionale Ebene einzugehen und den KlientInnen den Zugang zu den dahinterliegenden Ursachen der Probleme zu ermöglichen.³⁰⁰

8.3 Schulz von Thun: Das Nachrichtenquadrat

Nicht neu, aber bewährt: Das Nachrichtenquadrat. Grundaussage des Konzepts ist es, *»(...) dass ein und dieselbe Nachricht stets viele Botschaften gleichzeitig enthält«*.³⁰¹ Eine Aussage im Gespräch kann also nicht nur unterschiedlich gemeint, sondern auch auf verschiedene Weisen interpretiert werden. Die Wahrscheinlichkeit, dass die intendierte Botschaft und das, was bei ihrem Empfänger ankommt, exakt übereinstimmen, ist also eher gering und es erfordert eine gewisse Kommunikationskompetenz (im Idealfall auf beiden Seiten) um wirkliches Verstehen zu gewährleisten.

Jede Nachricht kann auf zumindest vier Kommunikationsebenen gemeint und ebenso verstanden werden, welche Schulz von Thun als *»seelisch bedeutsam«*³⁰² kategorisiert.

Diese sind:

- **Die Sachebene**

Auf dieser Ebene geht es um den Sachinhalt der Nachricht, also um reine Fakten. Der Sender informiert sachlich über irgendeinen Umstand, eine Tatsache, macht eine Feststellung. Hört der Empfänger mit seinem »Sachohr«, nimmt also die Botschaft auch auf der Inhaltsebene auf, dann findet eine relativ neutrale Informationsvermittlung statt.

- **Die Beziehungsebene**

Dieser Aspekt einer Botschaft sagt etwas darüber aus, wie die Kommunizierenden zueinander stehen und was sie voneinander halten. Auf Empfängerseite gibt es hier ein besonders sensibles Ohr, das auf (vermeintliche) Kritik reagiert oder die Beziehungsabsichten des Gegenübers abzuschätzen versucht.

³⁰⁰ Vgl. Weinberger 2013, Seite 74ff.

³⁰¹ Schulz von Thun 2014, Seite 27.

³⁰² Ebenda.

- **Die Selbstoffenbarungsebene**

Immer enthält eine Botschaft auch Aussagen über die sprechende Person. Mit allem was sie sagt, sagt sie auch etwas über sich selbst. Auf dieser Ebene spielen sich Selbstdarstellung und authentische Preisgabe der eigenen Innenwelt ab, die manchmal mehr oder weniger intendiert ist.

- **Die Appellebene**

Auf dieser Ebene unserer Botschaften kommunizieren wir, was wir von anderen möchten, wozu wir sie auffordern, in welche Richtung wir sie beeinflussen wollen. Dies passiert mehr oder weniger verdeckt manipulativ oder in der Form von Bitten, Ratschlägen und Befehlen.

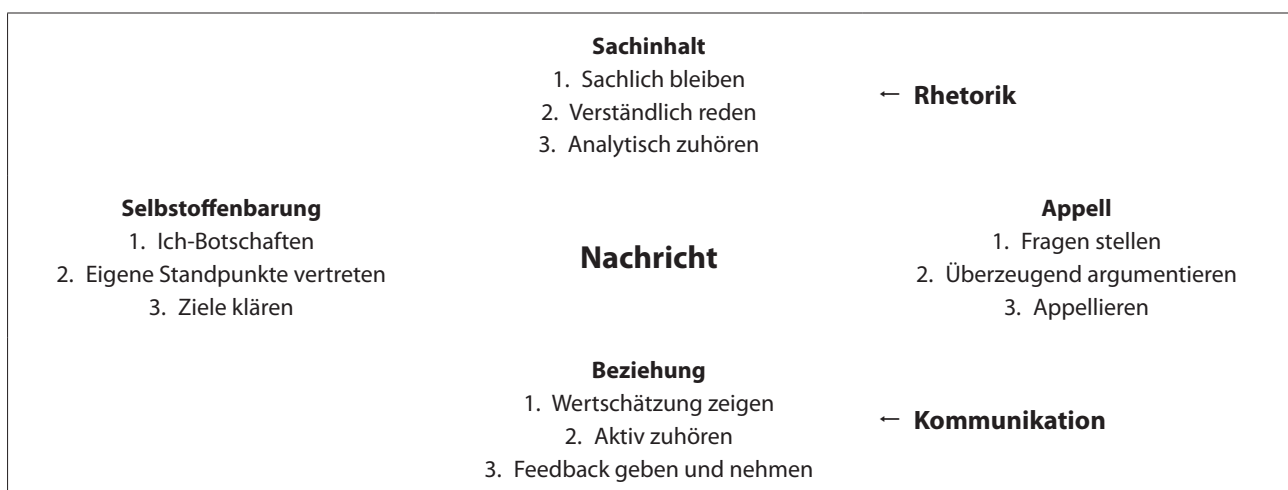
Beratende sollten diese vier Ebenen immer im Gedächtnis behalten und reflektiert damit arbeiten. »Dies gelingt nur, wenn sich Berater und Vermittler ihrer eigenen kommunikativen Prägungen bewusst sind und diese bei Bedarf zurückstellen können, um sich auf einen anderen Kommunikationsstil einzulassen. Ziel ist, dass sie auf den verschiedenen Ohren gleichermaßen gut kommunizieren und fähig sind, eine gewisse »Mehrsprachigkeit« zu praktizieren.«³⁰³

Es gilt herauszufinden, ob ich die zur Intention passende Ebene im Gespräch wähle, um Botschaften klar und konkret zu vermitteln. Außerdem hilft das Wissen um die verschiedenen Interpretationsmöglichkeiten, das eigentlich Gemeinte des Gegenübers zu erkunden, wenn dieses verdeckt kommuniziert wird.

Unterschiedliche, für die Beratung dienliche Kommunikationstechniken lassen sich auf diesen vier Ebenen einer Nachricht ansiedeln und veranschaulichen so den Spielraum, den diese für gelingende Kommunikation eröffnen.

Auf der Sachebene gut zu kommunizieren bedeutet die Regeln guter Rhetorik zu beachten, während auf der Beziehungsebene die Techniken der beraterischen Beziehungsgestaltung zum Tragen kommen. Eine wertschätzende Haltung und Empathie sowie aktives Zuhören (siehe Kapitel 7.6) sind hier gefordert: »Hier achtet der Empfänger einer Nachricht nicht nur darauf, was gesagt wird, sondern auch darauf, wie es gesagt wird. Er gibt das Gesagte in eigenen Worten wieder (Paraphrasieren) oder bemüht sich, die Wünsche, Bedürfnisse und Gefühle des anderen zu erschließen und widerzuspiegeln (Empathie)«.³⁰⁴

Abbildung 5: Gesprächstechniken im Nachrichtenquadrat



Quelle: Nach Franzke 2012, Seite 351

303 Franzke 2012, Seite 348.

304 Franzke 2012, Seite 352.

Auf der Ebene der Beziehung ist auch das Geben und Annehmen von Feedback angegeben, eine Technik die nur sehr wenige beherrschen. Häufige Fehler dabei sind:

- »Kritik an Persönlichkeitseigenschaften, nicht am Verhalten,
- Kritik an der Gesamtperson, sog. Rundumschlag, nach dem Motto: Was ich schon immer mal sagen wollte ...,
- Verallgemeinerungen wie »immer«, »nie«, »ständig«, »alles«,
- Interpretationen: Das liegt ja nur daran, dass Sie ...,
- Wiedergabe von Gerüchten,
- Kritik von Dritten oder einer ganzen Gruppe,
- Kritikgespräche am Telefon oder per E-Mail«. ³⁰⁵

Auf der Appellebene finden sich die für die Gesprächsführung so wichtigen Fragetechniken (siehe Kapitel 7.7), die es erlauben ein Gespräch zu führen und zu leiten, und trotzdem viel Raum für die Äußerungen des Gegenübers zu lassen sowie manchmal notwendige direkte Aufforderungen.

Um auf der Selbstoffenbarungsebene klar zu machen, was mir wichtig ist, haben sich so genannte »Ich-Botschaften« bewährt. Die Verantwortung für meine Absichten, Erwartungen und Bedürfnisse bleibt hier bei mir und wird nicht dem Empfänger überlassen. Wechseln Sie gerade bei Konfliktgesprächen auf diese Kommunikationsebene.

Ich-Botschaften enthalten drei Aspekte, die nacheinander formuliert werden sollten:

1. **»Beobachtung / Wahrnehmung:**
 - Was ist passiert?
 - Was habe ich beobachtet / erlebt?
2. **Eigene Empfindungen / Gefühle / Wirkung:**
 - Wie fühle ich mich jetzt?
 - Was sind die Folgen?
3. **Wunsch / Bitte:**
 - Was wünsche ich mir jetzt?
 - Welche Bitte habe ich an den Anderen?« ³⁰⁶

Beratende sollten in Gesprächen diese Techniken je nach Bedarf anwenden können, ohne sie wie Techniken aussehen zu lassen. Sie sind ein wichtiges Hilfsmittel im Umgang mit (nicht nur) schwierigen und belasteten KundInnen und KlientInnen.

8.4 Leitfaden aktives Zuhören

Der große Unterschied zwischen bloßem Zuhören und aktivem Zuhören, das von Thomas Gordon entworfen wurde, besteht wohl darin, dass bei letzterem dem Gegenüber klar rückgemeldet wird, dass sich die beratende

³⁰⁵ Ebenda, Seite 354.

³⁰⁶ Franzke 2012, Seite 355.

Person für ihre Belange interessiert. Dies wird dabei nicht nur verbal, sondern auch mit einer zugewandten, offenen Körpersprache kommuniziert. Senden Sie bewusst Signale, die zeigen, dass Sie das Gehörte auch zur Kenntnis nehmen, wie Nicken oder kurze Lautmeldungen (»Hmm«, »Ja«, ...). Wichtig ist auch, beim Gespräch zu bleiben und sich nicht durch äußere Einflüsse von der Aufmerksamkeit für die Kundin oder den Kunden abbringen zu lassen. Im Folgenden einige Leitregeln zu dieser Schlüsseltechnik für gelingende Beratungsgespräche:

- Sich auf das Gegenüber einlassen, konzentrieren und dies durch die eigene Körperhaltung ausdrücken.
- Mit der eigenen Meinung zurückhaltend umgehen.
- Nachfragen bei Unklarheiten.
- Zuhören heißt nicht gutheißen.
- Pausen aushalten, sie können ein Zeichen für Unklarheiten, Angst oder Ratlosigkeit sein.
- Auf die eigenen Gefühle achten.
- Die Gefühle des Partners erkennen und ansprechen.
- Bestätigende kurze Äußerungen.
- Geduld haben und den Sprecher nicht unterbrechen, ausreden lassen.
- Blickkontakt halten.
- Sich durch Vorwürfe und Kritik nicht aus der Ruhe bringen lassen.
- Empathie ausüben und sich innerlich in die Situation der Sprecherin bzw. des Sprechers versetzen.

Verstärkt werden kann das aktive Zuhören durch (nonverbales oder verbales) Spiegeln und das Wiederholen oder Paraphrasieren (in eigenen Worten) des Gesagten. Damit können Sie auch überprüfen, ob Sie Ihr Gegenüber auch in dessen Sinn verstanden haben.

8.5 Fragetechniken

Grundsätzlich ist es in der Beratung sinnvoll, offene Fragen zu stellen. Geschlossene Fragen stören den Gesprächsfluss und lassen wenig Raum für empathisches Verstehen: »Sie fördern die Asymmetrie der Helfer-Beziehung und drängen den Patienten zu sehr in eine passiv-regressive Rolle.«³⁰⁷

»Eine offene Frage lädt den Klienten dazu ein, etwas zu überlegen, ehe er antwortet, und lässt ihm dazu viel Spielraum. Eine offene Frage ist wie eine offene Tür. Wir wissen nicht im Voraus, welche Richtung die Person einschlagen wird, wenn sie hindurchtritt.«³⁰⁸

Natürlich ist es nicht sinnvoll, viele offene Fragen hintereinander zu stellen. Mit dem, was angesprochen wurde, muss auch entsprechend reflektierend weitergearbeitet werden.

Als tabu gelten in der Beratung die Fragen nach dem »Warum«, »Weshalb« und »Wieso«, weil sie erstens schwer zu beantworten sind und sehr oft vorwurfsvoll klingen und die andere Person in die Defensive drängen. Bei Problemen bringen sie auch meistens schlechte Assoziationen hervor.

³⁰⁷ Kremer/Schulz 2012, Seite 46.

³⁰⁸ Millner/Rollnick 2015, Seite 86.

Das systemische Coaching kennt einige spezielle Fragetechniken für ausgesuchte Einsatzzwecke:

Tabelle 20: Übersicht über die systemischen Fragetypen

Fragetypen	Ziel
Ziel- und lösungsorientierte Fragen	Den Kunden bzw. die Kundin zu einer positiven Ziel- und Lösungshaltung bringen
Verhaltens- statt Situationsfragen	Aus (schwer bewegbaren) Situationen (flexible) Verhaltensänderungen schaffen
Fragen nach Unterschieden	Differenzierung schaffen
Beschreibende, erklärende und bewertende Fragen	Verdeutlichung von Beschreibungs-, Erklärungs- und Bewertungsalternativen
Fragen nach Mustern	Wiederholte Handlungsweisen aufdecken und verändern
Dissoziierende Fragen	Senken von Emotionen bei der Kundin bzw. beim Kunden
Zirkuläre Fragen	Verknüpfung zwischen unterschiedlichen komplexen Handlungsnetzen verdeutlichen
Hypothetische Fragen	Versetzen der Kundin bzw. des Kunden in die Lösungssituation und Prüfung der Wirkung
Paradoxe Fragen	Den Kunden zur Aufgabe des als problemhaft bewerteten Handlungsmusters einladen
»Verrückte« Fragen	Neue, innovative Handlungsweisen anregen

Quelle: Nach Radatz, 2002, Seite 184

8.6 In komplexen Situationen den Überblick behalten: Das Klärungskarussell

Im Berufsalltag begegnen uns vielschichtige und komplexe Situationen, in denen wir trotzdem handlungsfähig und vor allem problemlösefähig bleiben müssen. Um nicht automatisiert zu handeln, lohnt sich eine umfassende Klärung auf vier Ebenen.³⁰⁹

- 1) Selbstklärung und Beziehungsklärung: Hier geht es darum unsere Gefühle und Einstellung gegenüber dem Klienten oder der Klientin bewusst wahrzunehmen. Nicht immer entsprechen unsere tatsächlichen Empfindungen den Ansprüchen einer wertschätzenden Haltung. Fragen Sie sich deshalb:
 - Was löst der Klient bzw. die Klientin in mir aus?
 - Was wäre jetzt für mich stimmig?
 - Wie ist meine Beziehung zur Klientin bzw. zum Klienten?
 Nur wenn wir achtsam wahrnehmen, wie wir tatsächlich zu unserem Gegenüber stehen, können wir trotzdem professionell handeln.

- 2) Rollenklärung: Folgende Fragen helfen dabei sich darüber bewusst zu werden, wie wir einander aufgrund unserer Rollen gegenüberstehen. Welche Rolle übernehme ich im Kontext eines umfassenderen Unterstützungssystems und wer ist noch zuständig?
 - In welcher Rolle begegne ich dem Klienten bzw. der Klientin?
 - Welche Rolle habe ich im Unterstützungssystem des Klienten bzw. der Klientin?
 - Gibt es Überschneidungen von Zuständigkeiten?

³⁰⁹ Alle Informationen zum Klärungskarussell aus: Hammer / Plöchl 2012, Seite 33–43.

3) Auftragsklärung:

- Eigenauftrag: Welchen Auftrag erteile ich mir selbst?
- Auftrag des Klienten bzw. der Klientin: Welchen Auftrag erteilt mir der Klient bzw. die Klientin?
- Welchen Auftrag erteilt mir mein Arbeitgeber?

Nur selten stimmen die Aufträge der unterschiedlichen Seiten überein. Es gilt Widersprüche aufzudecken, Prioritäten zu setzen und in einen Aushandlungsprozess einzutreten.

4) Kontextklärung: Die Kontextklärung hilft dabei festzustellen, wer wie viel Verantwortung aber auch Spielräume für Entscheidungen innerhalb der Beratungssituation hat.

- Normativer Kontext: Ausübung sozialer Kontrolle steht im Vordergrund. Fast alles ist durch Vorgaben festgelegt.
- Problemlösekontext: Die klassische Arbeitsbeziehung. KlientIn und Fachkraft sind gleichermaßen aktiv, der Klient bzw. die Klientin bekommt Hilfe zur Selbsthilfe.
- Krankheitskontext: Der Klient bzw. die Klientin bleibt eher passiv und erwartet sich viel Hilfe und Unterstützung, weil er oder sie sich zu schwach fühlt, um eigeninitiativ zu handeln.

Übergänge zwischen Kontexten sind im Beratungsprozess möglich, manchmal wirken zwei Kontexte gleichzeitig. Wichtig ist, Änderungen zu kommunizieren, bzw. klarzumachen, welche Handlung sich auf welchen Kontext bezieht.

8.7 Gewaltfreie Kommunikation

Dieses Konzept wurde von einem Schüler Carl Rogers, Marshall Rosenberg, entwickelt. Im Grunde geht es darum, eine kommunikative Haltung zu entwickeln, die uns erlaubt, empathisch auf das Gegenüber einzugehen, Verantwortung für die eigenen Gefühle und die eigene Kommunikation zu übernehmen und die Bedürfnisse der KommunikationspartnerInnen im Blick zu behalten. Die GFK beruht auf vier Gesichtspunkten:³¹⁰

- **Beobachtungen** (beobachten ohne zu werten)
Beobachtungen und Bewertungen zu trennen hilft dabei, Konflikte zu vermeiden. Dem Gegenüber Feedback geben ohne Vorwürfe zu äußern. Wertfreie Beobachtung ist auch eine wichtige Voraussetzung für Akzeptanz.
- **Gefühle** (Gefühle wahrnehmen und ausdrücken)
Lösen beobachtete Handlungen körperlich wahrnehmbare Gefühle in uns aus, so kann es hilfreich sein, diese auch auszudrücken. Der oder die Beratende kann ein Vorbild darin sein, mit den eigenen Gefühlen umgehen zu können und sie auch zu benennen. Eine solche Kommunikation wirkt beziehungsfördernd.
- **Bedürfnisse** (Verantwortung für unsere Gefühle übernehmen)
Hinter den Gefühlsäußerungen stecken immer Bedürfnisse, die erfüllt oder verletzt werden. Es gilt die Verbindung zu diesen herzustellen, bei mir selbst und bei meinem Gegenüber, sich die Frage zu stellen: »Was steckt dahinter?«
- **Bitten** (um das bitten, was unser Leben bereichert)
Äußern Sie klar und deutlich, was Sie wollen, tun Sie das aber nicht in Form einer Forderung, denn diese transportieren immer Schuldzuweisungen und Vorwürfe. Bitten stellen dem Gegenüber frei, ihnen zu entsprechen oder auch nicht.

³¹⁰ Vgl. Wendt 2015, Seite 91ff.

Gewaltfrei bedeutet in diesem Zusammenhang, Konflikte darzulegen ohne sie eskalieren zu lassen und verbale Verletzungen zu vermeiden. BeraterInnen gehen hier wiederum mit gutem Beispiel voran.³¹¹

8.8 Die zwölf Kommunikationssperren nach Thomas Gordon

In dem in den 1970er-Jahren veröffentlichten Buch »Familienkonferenz« hat der bekannte Kommunikationstrainer zum ersten Mal diese Kommunikationsstile vorgestellt, die in Gesprächssituationen destruktiv wirken. Damit konfrontiert wird der oder die GesprächspartnerIn entweder schweigen, wütend werden, Widerstand leisten oder sich in die Defensive gedrängt fühlen. Niemand ist selbstverständlich davor gefeit, diese Stile immer wieder anzuwenden, besonders kontraproduktiv wirken sie allerdings, wenn das Gegenüber ein Problem hat und wir eigentlich aktiv zuhören sollten, wie es vor allem die Rolle der Beratenden erfordert. Sie sollten deshalb nicht:

- Befehlen, Anordnen, Auffordern
- Warnen, Mahnen, Drohen
- Moralisieren, Predigen, Beschwören
- Beraten, Vorschläge machen, Lösungen liefern
- (Ver-)Urteilen, Kritisieren, Widersprechen, Vorwürfe machen, Beschuldigen
- Belehren, durch Logik begründen
- Loben, Zustimmung, Schmeicheln
- Beschämen, Beschimpfen, Lächerlich machen
- Interpretieren, Analysieren, Diagnostizieren
- Beruhigen, Sympathie äußern, Trösten, Aufrichten
- Nachforschen, Ausfragen, Verhören
- Ablenken, Ausweichen, Aufziehen

8.9 BeraterInnensprech

Es gibt sehr wohl einige sprachliche Tipps und Kniffe, die in Beratungsgesprächen von Nutzen sind. Einige davon sollen im Folgenden kurz angeführt werden:

- Pausen zulassen: insbesondere nach Fragen bzw. wenn das Gegenüber nachdenkt und in sich geht.
- Stattdessen: Fragen Sie immer wieder danach, was sich die KundInnen anstelle ihrer Probleme oder eines unliebsamen Status Quo vorstellen.
- Wie statt warum: Um Vorwürfe zu vermeiden hinterfragen Sie das Verhalten von Personen am besten mit »Wie kommt es dass, ...?«
- Vorsichtiges, tastendes Sprechen: Verwenden Sie relativierende Formulierungen wie »Ich frage mich, ... oder »Es scheint so ...«, Konjunktive und diplomatische Ausdrücke, um Spielräume zu eröffnen, ohne direktiv oder autoritär zu sein.³¹²

³¹¹ Vgl. Wendt 2015, Seite 94.

³¹² Alle Punkte aus Szabo / Berg 2009, Seite 71ff.

8.10 Literaturtipps

Abhängigkeit

Borowiak, Simon (2007): Alk. Fast ein medizinisches Sachbuch. München.

Röhr, Heinz-Peter (2011): Sucht – Hintergründe und Heilung. Abhängigkeit verstehen und überwinden. München.

Schneider, Ralf (2015): Die Suchtfibel. Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus begreift. Informationen für Betroffene, Angehörige und Interessierte. Hohengehren.

Schuhler, Petra / Vogelsang, Monika (2011): Abschalten statt Abdriften. Wege aus dem krankhaften Gebrauch von Computer und Internet. Mit Online-Materialien. Weinheim.

Wurst, Friedrich M. / Thon Natasha (2012): Glücksspielsucht. Ursachen – Prävention – Therapie. Bern.

Ängste

Basset, Lucinda / Collins, Harper (2012): Angstfrei leben. Das erfolgreiche Programm gegen Stress und Panik. Weinheim.

Christmann, Fred (2015): Keine Angst vor Ängsten. Verhaltenstherapeutische Techniken lernen und anleiten. Stuttgart.

Peurifoy, Reneau Z. (2006): Angst, Panik und Phobien. Ein Selbsthilfeprogramm. Bern.

Schmidt-Traub, Sigrun (2008): Generalisierte Angststörung. Ein Ratgeber für übermäßig besorgte und ängstliche Menschen. Göttingen.

Schmidt-Traub, Sigrun (2008): Angst bewältigen. Selbsthilfe bei Panik und Agoraphobie. Heidelberg.

Bipolare Störung

Bock, Thomas (2009): Achterbahn der Gefühle. Mit Manie und Depression leben lernen. Bonn.

Bock, Thomas / Koesler, Andreas (2005): Bipolare Störungen. Manie und Depression verstehen und behandeln. Bonn.

Bräuning, Peter (2009): Leben mit bipolaren Störungen. Manisch-depressiv. Wissen, das Ihnen gut tut. Stuttgart.

Meyer, Thomas D. (2014): Mal himmelhoch, mal abgrundtief. Bipolare Störungen – Hilfen für Betroffene und Angehörige. Mit Arbeitsmaterial. Weinheim.

Ramirez Basco, Monica (2010): Manie und Depression. Selbsthilfe bei Bipolaren Störungen. Bonn.

Reynolds, Donna (2011): Der Bipolare Spagat. Manisch-depressive Menschen verstehen. Trias Verlag.

Wenzel, Rolf (2015): Die bipolare Störung. Ein Ratgeber aus Angehörigensicht. Verlag Books on Demand.

Wolkenstein, Larissa / Hautzinger, Martin (2014): Basiswissen. Umgang mit bipolaren Patienten. Psychiatrie Verlag.

Borderline

Knuf, Andreas / Tilly, Christiane (2009): Borderline. Das Selbsthilfebuch. Köln.

Kreisman, Jerold J. / Straus, Hal (2012): Ich hasse dich – verlass mich nicht. Die schwarzweiße Welt der Borderline-Persönlichkeit. München.

Kreisman, Jerold J. / Straus, Hal (2008): Zerrissen zwischen Extremen. Leben mit einer Borderline-Störung – Hilfe für Betroffene und Angehörige. München.

Mason, Paul / Kreger, Randi (2009): Schluss mit dem Eiertanz. Für Angehörige von Menschen mit Borderline. Bonn.
Schoppmann, Susanne / Hermann Matthias (2014): Borderline begegnen. Miteinander umgehen lernen. Köln.

Burnout

Gapp-Bauß, Sabine (2015): Depression und Burn-out überwinden. Ihr roter Faden aus der Krise. Die wirksamsten Selbsthilfestrategien.
Prieß, Mirriam (2013): Burnout kommt nicht nur von Stress. Warum wir wirklich ausbrennen und wie wir zu uns selbst zurückfinden. Südwest Verlag.

Depression

Bischkopf, J. (2009): So nah und doch so fern. Mit depressiv erkrankten Menschen leben. Bonn.
Giger-Bütler, Josef (2011): Endlich frei. Schritte aus der Depression. Weinheim.
Giger-Bütler, Josef (2014): »Jetzt geht es um mich«. Die Depression besiegen – Anleitung zur Selbsthilfe
Giger-Bütler, Josef (2014): »Wir schaffen es«. Leben mit dem depressiven Menschen. Weinheim.
Görlitz, Gudrun (2010): Selbsthilfe bei Depressionen. Stuttgart.
Hautzinger, Martin (2013): Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen: Mit Online-Materialien. Weinheim.
Wolfersdorf, Manfred (2011): Depressionen verstehen und bewältigen. Heidelberg.

Persönlichkeitsstörungen

Lelord, Francois / Andre, Christophe (2009): Der ganz normale Wahnsinn. Vom Umgang mit schwierigen Menschen. Berlin.
Sachse, Rainer (2010): Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten. Bonn.
Trautmann, Rolf D. (2009): Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und problematischen Persönlichkeitsstilen. Stuttgart.
Young, Jeffrey E. (2012): Kognitive Therapie für Persönlichkeitsstörungen. Ein schema-fokussierter Ansatz. Tübingen.

Psychosen

Bäumel, Josef (2008): Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Ratgeber für Patienten und Angehörige, Leitfaden für professionelle Helfer, Einführung für interessierte Laien. Heidelberg.
Bock, Thomas (2010): Umgang mit psychotischen Patienten. Bonn.
Knuf, Andreas / Gartelmann, Anke (2009): Bevor die Stimmen wiederkommen. Vorsorge und Selbsthilfe bei psychotischen Krisen. Bonn.
Lincoln, Tania (2014): Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie. Ein individuenzentrierter Ansatz. Göttingen.
Lauveng, Arnhild / Frauenlob. Günther (2010): Morgen bin ich ein Löwe. Wie ich die Schizophrenie besiegte. München.
Simon, Fritz B. (2012): Meine Psychose, mein Fahrrad und ich. Zur Selbstorganisation der Verrücktheit. Heidelberg.
VDM – Verlag für Didaktik in der Medizin GmbH (Hg.) (2013): Psychosen – Auf den Punkt gebracht. Ein Wegbegleiter für Betroffene und Angehörige. Michelstadt.

Suizidale Krise

- Ein, Michael / Haltenhof, Horst (2007): Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. Bonn.
- Ortiz-Müller, Wolf / Scheuermann, Ulrike / Gahleitner, Silke Brigitta (Hg.) (2010): Praxis Krisenintervention. Handbuch für helfende Berufe. Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte. Stuttgart.
- Rupp, Manuel (2013): Psychiatrische Krisenintervention. Bonn.
- Sonneck, Gernot / Kapusta, Nestor et al. (Hg.) (2012): Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien.
- Teismann, Tobias / Dormann, Wolfram (2014): Suizidalität. Göttingen.

Trauma

- Boon, Suzette / Steele, Kathy (2013): Traumabedingte Dissoziation bewältigen. Ein Skills-Training für Klienten und ihre Therapeuten. Paderborn.
- Ehring, Thomas / Ehlers, Anke (2012): Ratgeber Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung. Informationen für Betroffene und Angehörige. Göttingen.
- Hantke, Lydia / Görges, Hans-Joachim (2012): Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik. Paderborn.
- Lee Cori, Jasmin / Autenrieh, Silvia (2015): Das große Trauma-Selbsthilfebuch. Symptome verstehen und zurück ins Leben finden. München.
- Sautter, Christiane (2014): Wenn die Seele verletzt ist. Trauma – Ursachen und Auswirkungen. Ravensburg.

Zwänge

- Althaus, David / Niedermeier, Nico (2013): Zwangsstörungen. Wenn die Sucht nach Sicherheit zur Krankheit wird. München.
- Ecker, Willi (2015): Die Krankheit des Zweifels. Wege zur Überwindung von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen.
- Fricke, Susanne / Hand, Iver (2012): Zwangsstörungen verstehen und bewältigen. Hilfe zur Selbsthilfe. Bonn.
- Moritz, Steffen / Hauschildt, Marit (2011): Erfolgreich gegen Zwangsstörungen. Metakognitives Training – Denkfällen erkennen und entschärfen. Heidelberg.
- Oelkers, Carmen / Hautzinger, Martin (2013): Zwangsstörungen. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Mit Online-Materialien. Weinheim.

8.11 Fach- und Anlaufstellen

Anlaufstellen psychosoziale Beratung (Wien)

AKH – Psychiatrische Ambulanz

Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien, Tel.: 01 40400-3547

pro mente austria – Gesellschaft für psychische und soziale Gesundheit

Johann-Konrad-Vogelstraße 13, 4020 Linz, Tel.: 0732 785397, E-Mail: office@promenteaustria.at

www.promenteaustria.at/angebote/?angebot=psychosozialeberatung (psychosoziale Beratung österreichweit)

Sozialpsychiatrischer Notdienst PSD

Gumpendorferstraße 157, 1060 Wien, täglich 0–24 Uhr, www.psd-wien.at/psd

Beratungsstellen in Niederösterreich

www.hssg.at/links-zu-beratungsstellen/index.php

Folder Anlaufstellen für Jugendliche

<http://daten.schule.at/dl/psyche.pdf>

Kontakte bei psychischen Krisen

www.hilfe-in-der-krise.at/index.php/notrufnummern.html

www.kriseninterventionszentrum.at/links.htm

Telefonhotlines

Telefonseelsorge

Tel.: 142, Mo.–So., 0–24 Uhr, kostenlos, www.telefonseelsorge.at

Rat auf Draht für Kinder und Jugendliche

Tel.: 147, Mo.–So., 0–24 Uhr, kostenlos, www.rataufdraht.orf.at

Drogenhotline

Tel.: 0810 208877, Mo., Fr. 9.30–12.00 Uhr, Di., Do. 9.30–13.00 Uhr und 14.00–16.00 Uhr, www.api.or.at

Psychosoziale Information / PSD

Tel.: 01 4000-53060

Übersicht psychosoziale Beratung der Sozialinfo Wien – Fonds Soziales Wien

<http://sozialinfo.wien.gv.at/content/de/10/SearchResults.do?keyword=Psychische+Erkrankungen>

Übersicht Ambulanzen und Notfallkontakte

<http://psy-betreuung.at/notfalllinks>

Übersicht über Selbsthilfegruppen zu psychischen Problemen in Österreich

www.netdokter.at/selbsthilfegruppen/psychische-probleme-und-erkrankungen-240612

www.selbsthilfe.at

Wenn's schnell gehen muss

www.psz.co.at/schnelle-hilfe

Diverse nützliche Links

Informationen zu Fragen von Familien mit psychisch erkrankten Familienmitgliedern: www.psychiatrie.de/bapk/rat

Kommunikationstipps: www.psychiatrie.de/bapk/rat/kommunikation/besonderheiten

Entstigmatisierung: www.ganznormal.at

Kommunikationsplattform »Gesundheit fördert Beschäftigung«, inkl. Best-Practice-ExpertInnenpool: www.gfb.or.at

9 Exkurs: Die »Psycho«-Berufsgruppen

PsychologIn: Zur Führung der Berufsbezeichnung »Psychologe« oder »Psychologin« ist berechtigt, wer das Universitätsstudium der Psychologie abgeschlossen hat. AbsolventInnen des Psychologiestudiums, die die Zusatzausbildung des Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen nicht abgeschlossen haben, ist es laut Psychologengesetz nicht erlaubt, selbständig psychisch kranke Menschen zu untersuchen oder zu behandeln.

Klinische PsychologIn / GesundheitspsychologIn: In Österreich ist die Ausbildung zum / zur Klinischen PsychologIn bzw. GesundheitspsychologIn gesetzlich geregelt. Diese kann nur von Personen absolviert werden, die das Universitätsstudium der Psychologie abgeschlossen haben. Die klinisch-psychologische Beratung und Behandlung kann verschiedene Methoden mit einschließen; meist werden mehrere Methoden kombiniert. Sie haben aber nicht unbedingt auch eine psychotherapeutische Ausbildung.

PsychotherapeutIn: In Österreich ist die Ausbildung zum / zur PsychotherapeutIn gesetzlich geregelt. Die mehrjährige, intensive Ausbildung, umfasst einem allgemeinen Teil und einen fachspezifischen Teil in einer der in Österreich anerkannten Psychotherapieschulen. Die Psychotherapie ist ein eigenständiges Heilverfahren im Gesundheitsbereich für die Behandlung von psychischen, psychosozialen oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen.

PsychiaterIn: PsychiaterInnen sind ÄrztInnen und haben ein Medizinstudium und eine Facharztausbildung in Psychiatrie absolviert (Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin bzw. Facharzt für Psychiatrie; früher auch: Facharzt für Psychiatrie und Neurologie). Als Ärzte sind sie befähigt Medikamente zu verschreiben und auch körperliche Ursachen für psychische Erkrankungen zu diagnostizieren.

10 Exkurs: Paradigmenwechsel in der klinischen Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Personen

Nicht nur in der Sozialen Arbeit, sondern auch im Bereich der Psychiatrie hat man sich mit den Vorwürfen der Ausübung von Zwang, sozialer Kontrolle und Zurichtung auseinander gesetzt, und nach und nach haben sich im Dialog mit Betroffenen Veränderungen in der therapeutischen und organisatorischen Arbeit durchzusetzen begonnen, die sich an den Menschenrechten und einem humanistischen Menschenbild orientieren. Medizinische Kategorien haben eine Umdeutung erfahren und beziehen nun auch soziale Faktoren und sozialwissenschaftliche Erkenntnisse mit ein.

Der Trend zu ambulanter statt stationärer psychiatrischer Versorgung und die Favorisierung integrativer bzw. letztlich inklusiver Konzepte in Medizin und Sozialpädagogik führen dazu, dass Betroffene mit Personen unterschiedlicher Institutionen und Professionen zusammenkommen. Die Vorteile der »neuen« Sicht auf PatientInnen bzw. KlientInnen, Fachkräfte und die Beziehungskonstellationen zwischen ihnen sollten daher auch den im Feld von Arbeitsmarkt-Berufs- und Bildungsberatung tätigen Personen im Umgang mit psychisch Beeinträchtigten zugutekommen.

10.1 Empowerment

In der Sozialpsychiatrie und der klinischen Sozialarbeit wird seit geraumer Zeit ein Ansatz entwickelt, der von der Psychiatrie als Institution einen neuen Umgang mit und eine andere Sicht auf Betroffene fordert. Die Strömung nennt sich, angelehnt an die Bürgerrechtsbewegungen des letzten Jahrhunderts »Empowerment«, was mit »Selbstermächtigung« oder »Selbstbefähigung« übersetzt werden kann.³¹³ Eigentlich ist diese Bewegung aus den Aktivitäten von Selbsthilfegruppen und einer kritischen PatientInnenschaft, die sich selbst »Psychiatrieeerfahrene« nennen, entstanden, und dass sie von professioneller Seite nun aufgegriffen wird, sehen nicht alle Emanzipationsbefürwortenden ausschließlich positiv.

Wird Empowerment jedoch von institutioneller Seite konsequent und reflektiert verfolgt, so kann auch die Psychiatrie selbst einen wertvollen Beitrag zur weiteren Umgestaltung ihrer selbst von einer totalen Institution im Foucault'schen Sinne, die sich der Methoden des Zwangs, der Bevormundung und sogar der Gewalt bedient, hin zu einer gesundheitsfördernden im Sinne der Salutogenese (vgl. Kapitel 1.2) leisten. Das auf Partizipation und Mündigkeit der PatientInnen basierende Prinzip Empowerment darf jedoch nicht als professionelle Methode gesehen werden, denn Selbstbefähigung kann per definitionem nur von den PatientInnen selbst geleistet

313 Vgl. Knuf et al. 2007.

werden. Die Aufgabe der professionell Tätigen ist es dabei, Anstrengungen in diese Richtung zu ermöglichen, zu befördern und vor allem nicht zu behindern.

Ziele eines Empowermentprozesses können aus Sicht der Betroffenen folgende Punkte umfassen:

- Die Fähigkeit eigene Entscheidungen zu treffen
- Über den Zugang zu Informationen und Ressourcen zu verfügen
- Über Handlungsalternativen zu verfügen, unter denen man wählen kann
- Durchsetzungsfähigkeit
- Das Gefühl haben, als Individuum etwas bewegen zu können
- Kritisch denken zu lernen, Konditionierungen zu durchschauen und abzulegen, einen neuen Blick auf die Dinge einzuüben
- Wut erkennen und äußern zu lernen
- Sich nicht allein fühlen, sondern als Teil einer Gruppe zu begreifen
- Zu der Einsicht zu gelangen, dass jeder Mensch Rechte hat
- Veränderungen im eigenen Leben und im Umfeld zu bewirken
- Neue Fähigkeiten zu lernen, die der Betroffene für wichtig hält
- Die Wahrnehmung anderer bezüglich der eigenen Handlungskompetenz und -fähigkeit zu korrigieren
- Coming-out
- Ein niemals abgeschlossener, selbstgesteuerter Prozess inneren Wachstums und innerer Entwicklung
- Sich ein positives Selbstbild zu erarbeiten und die Stigmatisierung zu überwinden³¹⁴

Andreas Knuf nennt drei Ebenen, auf denen die Zurückgewinnung von Einfluss durch Betroffene ermöglicht werden soll: Bei der individuellen Bewältigung der psychischen Krankheit, bei der Mitbestimmung über Behandlung und Gestaltung institutioneller Behandlungsstrukturen und nicht zuletzt auch auf der politischen Ebene, bei der Ausformung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen.³¹⁵

Hierfür bedarf es in vielen Fällen einer radikalen Änderung der Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit, auf die PatientInnen, auf die eigene Rolle und die Beziehungsgestaltung in klinischen Behandlungssettings. Es gilt eine Empowerment-Haltung zu entwickeln, aus der heraus das Selbstbefähigung fördernde Verhalten sich entfalten kann.

Kern dieser Haltung ist die so genannte »Passive Aktivität«, ein ständiges Abwägen, wie viel Unterstützung bei einem oder einer Betroffenen gerade angemessen ist. In akuten Krisensituationen wird das viel sein, muss aber zurückgenommen werden, sobald dies möglich ist. Die Empowerment-Haltung erfordert Zurückhaltung, Vertrauen, und oft ist es besser abzuwarten, anstatt Pläne zu machen, die nicht den Bedürfnissen der KlientInnen entsprechen. Der Entwicklung der Betroffenen soll Eigenzeitlichkeit zugestanden werden, so wie den Betroffenen selbst Eigensinn, Widerspruch und Kritik. Behandlung erfolgt nur nach ausführlicher Information und gemeinsamer Absprache, auch was die Pharmakotherapie angeht, die sehr oft noch standardmäßig und nach minimaler Aufklärung erfolgt.³¹⁶

Hinter dieser Haltung steht die Annahme, alles zu vermeiden, wodurch die PatientInnen die ohnehin durch ihre Krankheit erlebte Hilflosigkeit noch einmal durch die Behandlung erfahren müssen, denn dies zerstöre die Selbsthilfefähigkeit, die es gerade wiederzubeleben und aufzubauen gilt.³¹⁷

³¹⁴ Chamberlin, in: Knuf et al. 2007.

³¹⁵ Knuf et al. 2007, Seite 7.

³¹⁶ Knuf et al. 2007, Seite 33.

³¹⁷ Ebenda, Seite 31.

Empowerment bedeutet aber auch, sich entscheiden zu können, gerade nicht selbstbestimmt und aktiv im Umgang mit der eigenen Krankheit zu sein, denn gerade dieser Anspruch überfordert manche PatientInnen. So dürfe »der mündige Patient«, macht Knuf klar, nicht zur Ideologie werden und es gebe so etwas wie ein Grundrecht auf »minimale Aktivität«, welche, so schwer dies für die professionell Handelnden auch sein mag, zu akzeptieren sei.³¹⁸

Empowerment darf also nicht mit Aktivität gleichgesetzt werden und sie führt sich dort ad absurdum, wo Psychoedukation zur Vorgabe bestimmter Bewältigungswege führt.³¹⁹ Auch wenn auf professioneller Seite Erfahrung darüber vorhanden ist, welche Selbsthilfemöglichkeiten welche KlientInnengruppen in der Regel haben, so heißt das nicht, dass es dem oder der einzelnen Patienten oder Patientin nicht möglich sein sollte, ihre oder seine ganz eigene Art der Bewältigung zu entwickeln, möge sie in einen noch so eigenartig anmutenden Lebensentwurf münden.

Es geht darum, dass sich PatientInnen aufgefangen, aber niemals ausgeliefert fühlen sollen, denn nichts wäre kontraproduktiver im Sinne der Gesundheitsförderung. Die klassische paternalistische Psychiatrie hat nicht davor Halt gemacht, PatientInnen wiederholt zu (re-)traumatisieren und sie in den Zustand erlernter Hilflosigkeit zu versetzen, bis sie sich aufgeben und jedweder Behandlung unterworfen haben. Wenn dann jegliche Anzeichen von Motivation und Antrieb versiegen, waren damit beste Voraussetzungen für eine Chronifizierung ihres Zustandes geschaffen.

10.2 Shared Decisionmaking und Informed Consent

Entscheidungen über Therapie und mögliche Interventionsformen sollen im Sinne des Empowerments im Zuge eines gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozesses getroffen werden. Dieser setzt eine symmetrische Beziehung zwischen Behandelnden und Hilfesuchenden voraus, in der beide als Experten gelten und beide Perspektiven gleich bedeutend sind.³²⁰ Erneut wird darauf aufmerksam gemacht, dass nicht jedeR Betroffene zu jedem Zeitpunkt dieses Selbstverständnis besitzt oder überhaupt Wert darauf legt, mitzubestimmen und eine derart große Handlungsfreiheit zu haben. Beobachtungen zufolge bewegt ein »Patient sich im Laufe der Behandlung auf einem Kontinuum zwischen dem Bedürfnis nach einer traditionell paternalistischen und einer völlig autonomen Beziehungsgestaltung (...).³²¹ Hier das adäquate Maß an Hilfeleistung und Fürsorge zu finden ist die große Kunst, die empowermentorienteerte ProfessionalistInnen beherrschen müssen.

Eine reflektierte Empowerment-Theorie muss sich auch Gedanken über die prinzipielle Möglichkeit freier Entscheidung machen und sich die Frage nach den in einer gegebenen Situation tatsächlich vorhandenen Entscheidungsmöglichkeiten stellen. Denn diese sind immer begrenzt durch die institutionellen Rahmenbedingungen (die auch die Entscheidungen der ÄrztInnenschaft in der Regel massiv beschränken), vom Bedürfnis nach Anerkennung der PatientInnen, das zu sozial erwünschten Entscheidungen drängt, und generell vom vorherrschenden Diskurs, der gewisse Entscheidungsmöglichkeiten erst gar nicht vorsieht.³²² Trotz dieser Einschränkungen ist es das erklärte Ziel des Shared Decisionmaking, PatientInnen wirkliche Entscheidungsmöglichkeiten zu eröffnen. Leider bleibt es oft bei einer Alibihandlung, wenn etwa nur die unbedeutenden Entscheidungen den PatientInnen überlassen werden, die reine Mitteilung von Entscheidungen an sie schon zu Partizipation umde-

318 Ebenda, Seite 34f.

319 Ebenda, Seite 28.

320 Terzioglu / Zaumseil 2007, Seite 211f. In: Knuf et al. 2007.

321 Ebenda, zitiert nach Dierks / Seidel 2005.

322 Ebenda, Seite 219f.

finiert wird oder aber alibimäßig eine Auswahl zwischen Entscheidungsalternativen geboten wird, welche sich im Grunde nicht wesentlich unterscheiden.

Die Basis dafür, überhaupt Entscheidungen treffen zu können ist es, über ausreichend Information zu den Entscheidungsmöglichkeiten zu verfügen. Aufklärung und Informationsvermittlung sind somit wesentliche Aspekte einer empowermentorientierten Beratungstätigkeit. Aber auch hier spielt die Situationsangemessenheit immer eine wichtige Rolle. Zu wenig Information führt zu Verunsicherung. Zu viel Information kann jedoch zu Überforderung führen, wenn etwa das Wesentliche des Inhaltes nicht mehr vom Unwesentlichen getrennt werden kann. Falsche Informationen erschüttern das Vertrauen, was zu Rückzug oder Abbruch der Beziehung führen kann, und unverständlich vermittelte Information birgt die Gefahr, Hilflosigkeit hervor zu rufen.³²³

In Bezug auf die Informationsvermittlung kommt aber auch noch ein kommunikationspsychologischer Aspekt zum Tragen, der im Umgang mit psychisch Belasteten von besonders großer Bedeutung ist. Auch wenn vordergründig auf der Sachebene gesprochen wird, ist immer auch die emotionale Ebene zu bedenken, und es gilt wachsam zu sein, was dies beim Gegenüber an Gefühlen auslösen kann (siehe Kapitel 7.7). Oftmals verbirgt sich auch hinter scheinbaren Sachfragen der PatientInnen ein anderes, tiefer liegendes emotionales Bedürfnis, das zur Sprache gebracht werden will. Das dies nicht ausreichend geschieht, kann daran erkannt werden, dass ein Klient bzw. eine Klientin nach einer Antwort von professioneller Seite unvermittelt verstummt oder aber immer weitere Fragen stellt. In beiden Fällen aber braucht es Feingefühl um zu erkennen, dass das Gespräch nicht befriedigend für die PatientInnen verlaufen ist.³²⁴

Mit Bedacht auf die Bedeutung von Emotionen ist es auch angebracht, zu überlegen, welche Art oder Formulierung von Informationen einer Genesung eher abträglich sein könnten. Hier ist die Gefahr groß, in eine paternalistische Haltung zurückzufallen und von einer umfassenden Information abzusehen. Dies soll aber nicht damit gemeint sein. Zum einen sollen sich professionell Tätige die Frage stellen, ob sie bestimmte Informationen im Gespräch tatsächlich um der PatientInnen willen zurückhalten, oder aber sich selbst vor Unannehmlichkeiten schützen wollen, und zum anderen ist in erster Linie zu vermeiden, was unnötige negative Erwartungen erzeugt oder übermäßige Angst und Resignation schürt. Vor allem die Äußerungen von Diagnosen und Prognosen, aber auch störungsbezogene Pauschalisierungen können diesen Effekt haben, wenn sie so geäußert werden, dass sie den Raum für Hoffnung nehmen (siehe Kapitel 5.4).³²⁵

10.3 Adherence statt Compliance

In der Sozialmedizinischen Theorie wurde immer viel darüber nachgedacht, wie PatientInnen am besten zur Einwilligung in die vom Fachpersonal vorgegebene Behandlung und zur kritiklosen Übernahme der ärztlichen Meinung zu bewegen seien. Unter dem Paradigma von Empowerment hat sich schließlich ein Konzept von Compliance entwickelt, das auf Mitsprache bei Diagnose und Behandlungsverlauf im Sinne eines Behandlungsabkommens statt bloßer Einwilligung oder gar Unterwerfung beruht. Sehr oft kommt es zu einem Einverständnis erst im Laufe eines Aushandlungsprozesses, der auch die Erkundung der persönlichen Erklärungsmodelle und / oder medizinisch-biologische sowie psychotherapeutische Deutungen der Krankheit mit einschließt. »In einem bio-psycho-sozialen Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell, wie es heute vorherrscht (siehe Kapitel 1.3) arbeiten nun also Helferinnen mit Patientinnen und Angehörigen zusammen und sollten in der Lage sein, sich immer wieder zu gemeinsamen handlungsanleitenden Interpretationen von bestimmten Situationen durchzuringen.«³²⁶

³²³ Knuf et al. 2007, Seite 56ff.

³²⁴ Ebenda, Seite 60f.

³²⁵ Ebenda, Seite 62f.

³²⁶ Amering 2012, Seite 195f.

Adherence oder Adhärenz hingegen ist ein Begriff aus der Pflege, um den sich mittlerweile sogar eine eigenständige Therapieform entwickelt hat. Auch hier ging es ursprünglich um das Befolgen der Anweisungen des Pflegepersonals, die ja als Exekutivbeauftragung der ÄrztInnen galten.

Wenn Adhärenz heute verwendet wird, um den Begriff Compliance mit seinen Konnotationen zu vermeiden, dann in dem Sinne, dass sich eine betroffene Person an die mit dem medizinischen Personal (also in erster Linie ÄrztInnen) vereinbarten Abmachungen hält.³²⁷

10.4 Recovery

Auch das Konzept von Recovery wurde von der Betroffenenbewegung der 1980er-Jahre des vorigen Jahrhunderts in den wissenschaftlichen Diskurs eingebracht. Der Begriff wird auch in der Medizin verwendet, und bedeutet dort Gesundheit im Sinne von Symptombefreiheit. Aus der Sicht der Betroffenen hat sich jedoch eine andere Auffassung als Gegenpol zum klinischen Begriff bewährt, der auch bei schweren Erkrankungen mit ehemals fataler Prognose anwendbar ist. Recovery signalisiert, dass ein hinreichend gesundes Leben auch mit Krankheit möglich ist, und zwar dann, wenn es gelingt, diese in sein Leben und die eigene Identität zu integrieren: »Indem man akzeptiert, was man nicht tun oder nicht sein kann, beginnt man zu entdecken, wer man sein und was man tun kann.«³²⁸ Die Bewältigung der psychischen Krankheit erlaubt eine neue Ausrichtung. Gesundheit ist also nicht die Rückkehr zu einem Zustand vor Beginn der Krankheit, sondern vielmehr ein über sie hinauswachsen. Recovery ist überhaupt kein Zustand, sondern ein nie abgeschlossener, »(...) ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess der eigenen Überzeugungen, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen. So eröffnen sich Möglichkeiten, um ein befriedigendes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen, und zwar auch mit den von der Erkrankung verursachten Einschränkungen.«³²⁹

Recovery bringt das Prinzip Hoffnung, dass in der Psychiatrie gerade bei schweren Störungen oft vergessen wird, wieder ins Spiel, und zwar auf Basis der Erfahrung, »(...) dass eine Veränderung in Richtung Gesundheit und Wiederherstellung tatsächlich (...) fast zu jedem Zeitpunkt möglich ist (...)«.³³⁰ Hieraus soll keineswegs ein Druck zur Gesundheit (in einem statischen Sinn) entstehen, sondern gerade die Vulnerabilität, die Verletzlichkeit und Verletztheit, die Zerbrochenheit und die Unvollkommenheit akzeptiert werden.

Recovery vertritt also ein salutogenetisches bzw. bio-psycho-soziales Konzept von Gesundheit und Krankheit (siehe Kapitel 1.3). Im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen dabei individuelle Coping-Strategien sowie Ressourcen- und Bedürfnisorientierung. Zentrale Werte, auf die die Bewegung aufbaut, sind Partizipation, Personenorientierung, Selbstbestimmung, Entscheidungsfreiheit und Wachstumspotenzial.³³¹

Das Konzept Recovery kann auch als eine Grundeinstellung angesehen werden, die durch vier wesentliche Aspekte gefördert wird:

- »Empowerment;
- das Gefühl, sich mit der Erkrankung und den Hilfesystemen auszukennen;
- Zufriedenheit mit der Lebensqualität;
- Hoffnung und Optimismus«.³³²

³²⁷ Rothenhäuser / Täschler 2012, Seite 166.

³²⁸ Deegan 1996, Seite 13, zitiert in: Amering 2012, Seite 25.

³²⁹ Anthony 1993, Seite 13, zitiert in ebenda.

³³⁰ Amering 2012, Seite 30.

³³¹ Ebenda, Seite 24.

³³² Amering 2012, Seite 96f.

Der Begriff der Lebensqualität lässt hier offen, wie es um die Ausprägung der Symptome der psychischen Störung bestellt ist. Auch eventuelle Rückfälle müssen einer Recovery-Definition in diesem Sinne keinen Abbruch tun.

Es gibt aber auch andere Definitionen von Recovery, die den Begriff zwar in Abgrenzung von der medizinischen Remission, also das Verschwinden der Symptome bzw. den Rückgang auf ein beeinträchtigungsfreies Niveau für eine festgelegte Zeitdauer konstruiert, aber einer Messbarkeit zuführen möchte. Solche messbaren Indikatoren wären dann:

- »Abklingen der Symptome;
- Unabhängigkeit in Bezug auf die Wohnsituation;
- zumindest Teilzeitbeschäftigung oder -ausbildung;
- regelmäßige soziale und Freizeitkontakte«.³³³

Wahrscheinlich kann Recovery nur vor dem Hintergrund der gesamten Bewegung gesehen werden. Insofern diese eine demokratische ist, gibt es auch keine Instanz, die eine endgültige Definition festlegt. Es gibt sehr viele subjektive Auslegungen und Erklärungen für den Modus des »sich in Recovery Befindens«, wie qualitative Studien zeigen. Gemeinsam haben sie oft, dass die Menschen sich in einem inneren Prozess tiefgreifender Veränderung befinden. Nach einer Wendung zum Schlechteren in ihrem Leben und der Krankheitserfahrung, verabschieden sie sich nach und nach von ihren alten Rollen und wachsen nach einem erneuten, positiven Wendepunkt, der der Wiedererlangung von Hoffnung geschuldet ist, in ein neues Verständnis ihrer selbst hinein.³³⁴

Eine andere Studie förderte wichtige Themen für Betroffene im Recovery-Prozess zutage:

- »Entschlossenheit der Person, dass es ihr bessergeht, Entwickeln von Selbstkontrolle und Kampf, ein normales Leben zu erreichen;
- Bedürfnis nach materiellen Ressourcen und sich zu Hause zu fühlen;
- das Haus zu verlassen und in normalen Aktivitäten involviert zu sein;
- Vor- und Nachteile der Medikamente, Teilnahme an Nutzerinnengruppen mit gegenseitiger Unterstützung und an verschiedenen psychosozialen Angeboten;
- Bedürfnis, als normaler Mensch akzeptiert zu werden und sich selbst als solcher zu akzeptieren, als jemand, der jenseits seiner Erkrankung existiert;
- Einfluss von Stigmatisierung und Diskriminierung, Respekt für die eigenen Rechte und die Wiederaufnahme einer wichtigen sozialen Rolle durch Arbeit und / oder positive Beziehungen außerhalb des formalen psychiatrischen Versorgungssystems«.³³⁵

Menschen in diesem emotional stark fordernden Prozess unterstützend zu begleiten erfordert eine Umdeutung der klassischen HelferInnenrolle. Betroffene nehmen in erster Linie Empathie, Respekt und eine allgemeine Von-Mensch-zu-Mensch-Haltung der Fachkräfte aus allen Professionen als hilfreich wahr. Sie sollen zuhören können, Interesse für die Prioritäten der Betroffenen sein und offen im Gespräch, bei dem es nicht ausschließlich um Probleme gehen sollte. Sie möchten gesund und krank gleichzeitig sein können, gesehen werden, kontinuierliche Beziehungen zu Menschen, die auch mal bei der Bewältigung alltagspraktischer Dinge helfen, die über Geduld, Ausdauer und Kontinuität verfügen, einfach da sind und die Hoffnung aufrecht erhalten.³³⁶

³³³ Amering 2012, Seite 104.

³³⁴ Vgl. Amering 2012, Seite 289ff.

³³⁵ Amering/Schmolke 2012, Seite 295, zitiert nach Davidson et al. 2005, Seite 183.

³³⁶ Amering/Schmolke 2012, Seite 226ff.

10.4.1 Resilienz

Eng verwoben mit dem Recovery-Prozess ist das Konzept der Resilienz.³³⁷ Diese steht für die psychische Widerstandskraft, also die Fähigkeit, aus Krisen gestärkt hervor zu gehen oder große Belastungen unbeschadet zu bewältigen. Sie ist jedoch nicht eine Eigenschaft, etwa in Form von sozialer Kompetenz oder gesunder psychischer Anteile, die jemand schlicht besitzt oder auch nicht. Resilienzfaktoren sind nicht statisch, sondern dynamisch und veränderbar.³³⁸ Diese Dynamik kennzeichnet auch das Verhältnis von Resilienz und Recovery. Resilienz kann einerseits als Motor für Recovery fungieren, andererseits entwickeln Betroffene im Laufe von Recovery resiliente Kräfte.³³⁹

10.4.2 Trialog

Innerhalb der Recovery-Bewegung hat sich eine Methode des Wissensaustauschs zwischen Betroffenen, Professionellen und Angehörigen von Betroffenen, die eine unschätzbar wichtige Rolle als soziale Ressource spielen, etabliert. Bei diesem so genannten »Trialog« geht es um einen Austausch auf Augenhöhe, in dem alle Beteiligten ihre Erfahrungen beitragen und mehr über jene der anderen Seite erfahren können. Dies geschieht vor allem in so genannten »Psychoseseminaren«, von denen in Deutschland das erste 1987 stattfand, und die sich in Struktur und Haltung streng von psychoedukativen Seminaren abgrenzen, in denen ein Monolog von Seiten der Psychiatrie stattfindet. Ziel ist es vor allem psychisch Kranken als Subjekten eine Stimme zu geben und ihren subjektiven Krankheitstheorien Gehör zu verschaffen. Es soll dies auch ein Schritt in Richtung »Normalisierung« und Entstigmatisierung (siehe Kapitel 1.1) sein, indem aufgezeigt wird, dass auch Psychoseerfahrene in Auseinandersetzung mit ihren inneren Stimmen und irritierenden Realitätsauffassungen treten und versuchen, ihnen eine übergeordnete Bedeutung zu geben: »Psychose als Flucht aus der Realität, Rückgriff auf kindliche Wahrnehmung, Parallele zum Traum, Aufbruch des Unbewussten – viele Aspekte des psychotischen Geschehens zeigen, dass es sich um eine zutiefst menschliche Form der Realitäts(nicht)verarbeitung handelt.«³⁴⁰

337 Das Konzept der Resilienz wurde bereits ausführlich beschrieben in Egger-Subotitsch et al. 2014a.

338 Amering 2012, Seite 54.

339 Amering 2012, Seite 50.

340 Bock 2007, Seite 37, in: Bombosch et al. 2007.

Literaturverzeichnis

- AK-Infoservice (2014): Psychische Belastung und Stress in der Arbeit. Ursachen, Folgen, Lösungen. Wien.
- AK-Infoservice (2013): Verfahren zur Erhebung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz. 3. Auflage. Wien.
- Aktion Psychisch Kranke e.V (2003): Abschlussbericht des Projekts Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung. Bonn. Web: http://apk-ev.de/publikationen/Abschlussbericht_Impl_gesamt.pdf [abgerufen am 22.7.2015].
- Allen, Frances (2013): Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen. DuMont. Köln.
- Amering, Michaela / Schmolke, Margit (2012): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. 5., überarbeitete Auflage. Psychiatrie Verlag. Bonn.
- Aner, Kirsten (2012): Übergänge als Normalität für Jung und Alt. In: Gahleitner, Silke B. / Hahn, Gernot (Hg.): Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten. Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 4. Psychiatrie Verlag. Bonn. Seite 22–33.
- Baer, Niklas et al. (2010): »Schwierige« Mitarbeiter. Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche. Eine Pilotstudie in Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Bericht im Rahmen des Forschungsprogrammes zu Invalidität und Behinderung (FoP-IV). Bern.
- Bamberger, Günter G. (2015): Lösungsorientierte Beratung. Praxishandbuch. 5., überarbeitete Auflage. Beltz Verlag. Weinheim / Basel.
- Beesdo-Baum, K. / Wittchen, H.-U. (2011): Depressive Störungen. Major Depression und Dysthymie. In H.-U. Wittchen / J. Hoyer (Hg.): Klinische Psychologie & Psychotherapie. Springer Verlag. Berlin. Seite 879–914.
- Belardi, Nando et al. (1996): Beratung. Eine sozialpädagogische Einführung. Beltz Verlag. Weinheim.
- Berne, Eric (2002): Spiele der Erwachsenen. Psychologie der menschlichen Beziehungen. 15. Auflage. Rohwohlt Taschenbuch.
- Biffl, Gudrun et al. (2011): Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen. Endbericht. Krems / Wien. Web: www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/departement/migrationglobalisierung/forschung/ak-wien-psychische-belastungen-2011.pdf [abgerufen am 6.9.2015].
- Bock, Thomas (2013): Basiswissen: Umgang mit psychotischen Patienten. 8., aktualisierte Auflage. Psychiatrie Verlag. Köln.
- Bock, Thomas (2007): Wo wir stehen – die Landschaft der Psychoseseminare heute. In: Bombosch, Jürgen / Hansen, Hartwig / Blume, Jürgen (Hg.) (2007). Seite 29–39.
- Bock, Thomas et al. (Hg.) (2009): »Es ist normal, verschieden zu sein!« (Blaue Broschüre). Verständnis und Behandlung von Psychosen: erstellt im Dialog von Psychoseerfahrenen, Angehörigen und Therapeuten / Wissenschaftlern in der AG der Psychoseseminare (Hg.) (5. Auflage.). Web: www.irremenschlich.de/downloads/blauebroschuere.pdf
- Bock, Thomas (2013): Basiswissen: Umgang mit psychotischen Patienten. Psychiatrie Verlag. Köln.

- Böhnisch, Lothar / Schröer Wolfgang (2013): Soziale Arbeit – Eine problemorientierte Einführung. Verlag Julius Klinkhardt. Bad Heilbrunn.
- Bombosch, Jürgen / Hansen, Hartwig / Blume, Jürgen (2007): Dialog praktisch. Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie. 2. Auflage. Paranus. Neumünster.
- Chamberlin, Judi (2007): Empowerment – eine Arbeitsdefinition von Betroffenenseite. In: Knuf, Andreas / Osterfeld, Margret / Seibert, Ulrich (2007): Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. 5., überarbeitete Auflage. Psychiatrie Verlag, Bonn. Seite 20–27.
- Conen, Marie-Luise / Cecchin, Gianfranco (2009): Wie kann ich Ihnen helfen mich loszuwerden? Therapie und Beratung mit unmotivierten Klienten und in Zwangskontexten. Carl-Auer Verlag, Heidelberg.
- Culley, Sue (2013): Beratung als Prozeß. Lehrbuch kommunikativer Fertigkeiten. 5. Auflage. Beltz Verlag. Weinheim / Basel.
- Dahm-Mory, C. / Schreyer, D. (2015): Wie sag ich's bloß? Wie Kommunikation mit einem psychisch erkrankten Familienmitglied gelingen kann. Zusammenfassung eines Vortrages, der bei der Angehörigentagung der HPE im Mai 2015 zum Thema »Raus aus meinem (Un)Ruhe-Zustand – Wie angehörige psychisch Erkrankter wieder handlungsfähiger werden können«. Zeitschrift KONTAKT, Ausgabe 4/2015. Web: www.hpe.at/fileadmin/media_data/Inhalt-Dokumente/Dokumente-HPE/2015/Zusammenfassung_Vortrag_Dahm_Mory.pdf.
- Dörner, K. / Plog, U. / Teller, C. / Wendt, F. (2013): Irren ist menschlich: Lehrbuch der Psychiatrie. 22. Auflage. Psychiatrie-Verlag. Köln.
- DUK (Donau-Universität Krems), Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit (Hg.) (2014): Patientinneninformation. Psychotherapeutische Behandlung. Web: www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/department/psymed/forschungsartikel/patientinneninformation_05.09.2014.pdf [abgerufen am 13.12.2015].
- Egger-Subotitsch, Andrea et al. (2015): Praxishandbuch: System und Methoden der Beruflichen Rehabilitation in Österreich (Ausgabe 2015). Wien. Download unter www.ams-forschungsnetzwerk.at im Menüpunkt »E-Library«.
- Egger-Subotitsch, Andrea et al. (2014a): AMS report 100: Die Relevanz von Einstellungsveränderungen im Zuge von Arbeitslosigkeit und Rehabilitation vor dem Hintergrund der Reintegration in den Arbeitsmarkt. Wien. Download unter www.ams-forschungsnetzwerk.at im Menüpunkt »E-Library«.
- Egger-Subotitsch, Andrea et al. (2014b): Optimale Betreuung und Vorgangsweisen bei psychisch belasteten KundInnen. Forschungsprojekt im Auftrag des AMS Burgenland. Eisenstadt / Wien. Download unter www.ams-forschungsnetzwerk.at im Menüpunkt »E-Library«.
- Egger-Subotitsch, Andrea et al. (2013): Praxishandbuch: Gesundheitsförderung für Erwerbstätige und Arbeitssuchende. Theorie und Praxis der Steigerung, Erhaltung und Wiederherstellung von Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit. Wien. Download unter www.ams-forschungsnetzwerk.at im Menüpunkt »E-Library«.
- Eink, M. / Haltenhof, H. (2009): Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. Bonn. Zitiert in: Hammer / Plößl 2012.
- Faust, V. (ohne Datum): Manie: Krankhafte Hochstimmung mit Folgen. Web: www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/manie-internet.pdf.
- Fellinger-Fritz, Alfred (2011): Umgang mit Widerstand. In: Egger-Subotitsch, Andrea et al. (2011). Praxishandbuch: Train-the-Trainer-Methoden in der Berufs- und Arbeitsmarktorientierung. Wien. Download unter www.ams-forschungsnetzwerk.at im Menüpunkt »E-Library«.
- Fellinger-Fritz, Alfred (2011): AMS info 322: Beratung und Training im »nicht-freiwilligen« Kontext, Web: www.alfredfellinger.at/index_html_files/AMS_info_322.pdf [abgerufen am 16.11.2015].
- Filipp, S.-H. / Aymanns, P. (2010): Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen: vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens. Verlag Kohlhammer. Stuttgart.

- Finzen, A. (2009): Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen (Basiswissen) (2. Auflage). PsychiatrieVerlag. Bonn.
- Flückiger, Christoph (2009): Die Berner Ressourcen-Taskforce – Ressourcenaktivierung und Problembehandlung unter der Lupe. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Jg. (3). Seite 569–578. Web: www.researchgate.net/publication/236201359_Die_Berner_Ressourcen-Taskforce_-_Ressourcenaktivierung_und_Problembearbeitung_unter_der_Lupe [abgerufen am 28.6.2015].
- Förstl, Hans / Leucht, Stefan (2012): Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie. Verlag Georg Thieme. Stuttgart.
- Franzke, Bettina (2012): Kommunikation und Beratung II: Beratungsgespräche im Kontext SGB II. In: Egle / Genz (Hg.): Fit für Arbeitsvermittlung, Beratung und Integration. Seite 361–386.
- Freissmuth, M. / Offermanns, S. / Böhm, S. (2012): Pharmakologie & Toxikologie: von den molekularen Grundlagen zur Pharmakotherapie: mit 129 Tabellen (Springer-Lehrbuch). Springer Medizin. Heidelberg.
- Gahleitner, Silke B. / Hahn, Gernot (Hg.) (2012): Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten. Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 4. Psychiatrie Verlag. Bonn.
- Giesert, Marianne / Danigel, Cornelia / Reuter, Tobias (Hg.) (2012): Sucht im Betrieb. Von der Suchtprävention zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement. VSA Verlag. Hamburg.
- Grawe, Klaus (2004): Neuropsychotherapie. Hogrefe Verlag. Göttingen.
- Grawe, Klaus (1998): Psychologische Psychotherapie. Hogrefe Verlag. Göttingen.
- Grawe, Klaus / Donati, Ruth / Bernauer, Friederike (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe Verlag. Göttingen.
- Häfner, H. / Helmchen H. (1978): Psychiatrischer Notfall und psychiatrische Krise – konzeptuelle Fragen. Nervenarzt 1978/49. Seite 82–87.
- Haerlin, Christiane (2010): Basiswissen: Berufliche Beratung psychisch Kranker. Psychiatrie Verlag, Bonn.
- Hammer, Matthias / Plössl, Irmgard (2012): Irre verständlich. Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen. Psychiatrie Verlag GmbH. Bonn.
- Hausmann, Clemens (2010): Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung. Grundlagen, Interventionen, Versorgungsstandards. 3. Auflage. Facultas. Wien.
- Hausmann, Clemens / Bogyi, Gertrude (2011): Krisenintervention im Krankenhaus. In: J. Lehrner et al. (Hg.): Klinische Psychologie im Krankenhaus. Springer Verlag. Wien.
- Hermann, C. (2015): Lebensereignisse, kritische. In: M. A. Wirtz (Hg.): Dorsch – Lexikon der Psychologie. <https://portal.hogrefe.com/dorsch/lebensereignisse-kritische> [abgerufen am 11.12.2015].
- Hielscher, Volker / Ochs, Peter (2011): Arbeitslose als Kunden? Beratungsgespräche in der Arbeitsvermittlung zwischen Druck und Dialog. 2. Auflage. edition sigma. Berlin.
- HPE Österreich, Hilfe für Angehörige und Freunde psychisch Erkrankter (Hg.) (2008): Psychische Erkrankungen. Erleben verstehen bewältigen. Eine Informationsbroschüre für Angehörige und Freunde psychisch erkrankter Menschen. Web: www.hpe.at/fileadmin/media_data/Inhalt-Dokumente/Broschueren/Erleben_verstehen_bewaeltigen_rot.pdf [abgerufen am 11.12.2015].
- HPE Österreich, Hilfe für Angehörige und Freunde psychisch Erkrankter (Hg.) (2010): Psychiatrische Krisen. Erkennen – Handeln – Vorbeugen. Web: www.hpe.at/fileadmin/media_data/Inhalt-Dokumente/Broschueren/Psychiatrische_Krisen_Broschuere.pdf [abgerufen am 31.12.2015].
- Kasper, S. / Kapfhammer, HP. / Bach, M. / Butterfield-Meissl, C. / Erfurth, A. / Haring, C. / Hausmann, A. / Hofmann, P. / Kalousek, M. / Klier, C. / Marksteiner, J. / Mühlbacher, M. / Oberlerchner, H. / Psota, G. / Rados, C. / Sachs, GM. / Windhager, E. / Winkler, J. / Wrobel, M. (2013b): Bipolare Störungen. Konsensus-Statement – State of the art 2013. Clinicum neuropsychy. Web: http://oegpb.at/files/2014/06/Kons_Bipolar.pdf.

- Kasper, S. / Haring, C. / Degn, B. / Kurz, M. / Mechtcheriakov, S. / Musalek, M. / Psota, G. / Winkler, D. / Wurst, F. / Clemens-Marinschek, R. / Haller, R. / Kapfhammer, HP. (2013a): Alkoholkrankheit – State of the Art 2013. Konsensus-Statement unter der Ägide der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP) und Österreichischen Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie (ÖGPB). Update Europe, Nr. 28 / Dezember 2013. Web: http://oegpb.at/files/2014/07/Kasper_Haring_Alkohol_Konsensus_13.pdf.
- Keupp, Heiner (2013): Fit für was? Beratung als Aktivierungsschema fürs Hamsterrad. In Nestmann et al. (Hg.): Das Handbuch der Beratung, Band 3. Seite 1723–1740.
- Keupp, Heiner (2012): Alltägliche Lebensführung in der fluiden Gesellschaft. In: Gahleitner, Silke B. / Hahn, Gernot (Hg.): Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten. Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 4.
- Klafki, H. (2005): Pro und Contra Psychopharmaka. Ein Bericht über den Themenabend der Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener am 16. Juni 2005. Web: www.bpe-online.de/hannelore/artikel/pro-co-bunte.pdf [abgerufen am 12.12.2015].
- Knuf, Andreas / Osterfeld, Margret / Seibert, Ulrich (2007): Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. 5., überarbeitete Auflage. Psychiatrie Verlag. Bonn.
- Köhler, Thomas (2000): Rauschdrogen und andere psychotrope Substanzen. Beck Verlag. München. Seite 254–256.
- Kremer, Georg / Schulz, Michael (2013): Basiswissen: Motivierende Gesprächsführung in der Psychiatrie. 2. Auflage. Psychiatrie Verlag. Köln.
- Kuhnert, Peter (2007): Arbeitslosigkeit bewältigen und Lebensmut erhalten. Beratung von Langzeitarbeitslosen. VDM Verlag Dr. Müller. Saarbrücken.
- Lenz, Gerhard / Rabenstein, Rafael / Reschauer, Gerda (Hg.) (2013): Berufsbezogene Herausforderungen in der psychiatrischen Rehabilitation. Facultas WUV. Wien.
- Leoni, Thomas / WIFO (2014): Fehlzeitenreport 2014. Web: www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.605064&action=b&cacheability=PAGE [abgerufen am 4.8.2015].
- Magnin, Chantal (2005): Beratung und Kontrolle. Widersprüche in der staatlichen Bearbeitung von Arbeitslosigkeit. Seismo Verlag. Zürich.
- Martius, Philipp (2012): »Ich habe fertig« – Gesundheitliche Folgen von Arbeitsbelastungen am Beispiel des Burn-out-Syndroms in einem biopsychosozialen Kontext. In: Gahleitner, Silke B. / Hahn, Gernot (Hg.) (2012): Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten. Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 4. Psychiatrie Verlag. Bonn. Seite 145–163.
- Miller, William R. / Rollnick, Stephen (2004): Motivierende Gesprächsführung. Lambertus Verlag, Freiburg.
- Miller, William R. / Rollnick, Stephen (2015): Motivierende Gesprächsführung. Motivational Interviewing: 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch. Verlag Lambertus. Freiburg im Breisgau.
- Möller, H. J. / Laux, G. / Kapfhammer, H. P. (Hg.) (2011): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie: Band 2: Spezielle Psychiatrie. Springer-Verlag. Berlin.
- Musalek, Michael / Mader, Roland (2012): Alkohol-Abhängigkeit: Aktuelle Entwicklungen und Epidemiologie. Befunde aus Österreich. In: Giesert et al. (Hg.): Sucht im Betrieb. Seite 22–35.
- Muschalla, Beate / Linden, Michael (2013): Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie. Phänomenologie, Diagnostik, Behandlung, Sozialmedizin. W. Kohlhammer. Stuttgart.
- Muschalla, Beate (2012): Psychisch krank – nie wieder arbeitsfähig? Vortrag auf der Fachtagung des Kommunalen JobCenters Hamm am 7.2.2012. Web: [www.google.at/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Muschalla%2C+Beate+\(2012\)%3A+Psychisch+krank+%E2%80%93+nie+wieder+arbeitsf%C3%A4hig%3F+Vortrag](http://www.google.at/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Muschalla%2C+Beate+(2012)%3A+Psychisch+krank+%E2%80%93+nie+wieder+arbeitsf%C3%A4hig%3F+Vortrag) [abgerufen am 17.5.2015].

- Müßigbrodt, Heidi et al. (2010): Psychische Störungen in der Praxis. Leitfaden zur Diagnostik und Therapie in der Primärversorgung nach dem Kapitel V(F) der ICD-10. 4., vollständig überarbeitete Auflage unter Berücksichtigung der ICD-10-GM (German Modification).
- Nestmann, Frank / Engel, Frank / Sickendiek, Ursel (Hg.) (2013): Das Handbuch der Beratung. Band 3: Neue Beratungswelten. Dgvt-Verlag. Tübingen.
- Nordt, Carlos / Warnke, Ingeborg / Seifritz, Erich / Kawohl, Wolfram (2015): Modelling Suicide and Unemployment: A Longitudinal Analysis Covering 63 Countries, 2000-11. *Lancet Psychiatry* 2015;2:239-45. Web: [www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(14\)00118-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(14)00118-7/fulltext) [abgerufen am 3.7.2015].
- Nußbeck, Susanne (2014): Einführung in die Beratungspsychologie. 3., aktualisierte Auflage. Ernst Reinhardt Verlag. München / Basel.
- OECD (2015): Mental Health and Work. Austria. OECD Publishing. Web: www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/employment/mental-health-and-work-austria_9789264228047-en#page3 [abgerufen am 28.10.2015].
- OECD (2012): Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, Mental Health and Work, OECD Publishing. www.oecd.org/els/emp/49227343.pdf [abgerufen am 4.8.2015].
- Petermann, Franz / Reinecker, Hans (Hg.) (2005): Handbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie. Hogrefe Verlag. Göttingen.
- Peterson, Carol A. / Razzano, Lisa A. / Cook, Judith A.: Identifying & Assisting One-Stop Center Customers with Mental Health Difficulties. Center on Mental Health Services Research and Policy University of Illinois at Chicago. Web: www.psych.uic.edu/mhsrp/ACE.IDreferral.MI.pdf [abgerufen am 22.7.2015].
- Pöldinger, W. (1968): Die Abschätzung der Suizidalität. Bern. Zitiert in: Hammer / Plößl 2012.
- PVA (2015): Statistische Daten der Pensionsversicherungsanstalt. Web: www.pensionsversicherung.at/portal27/portal/pvportal/content/contentWindow?contentid=10008.620933&action=b&cacheability=PAGE&version=1435646583 [abgerufen am 5.8.2015].
- Radatz, Sonja (2002): Beratung ohne Ratschlag. Systemisches Coaching für Führungskräfte und BeraterInnen. Ein Praxishandbuch mit den Grundlagen systemisch-konstruktivistischen Denkens, Fragetechniken und Coachingkonzepten. 2., aktualisierte Auflage. Verlag Systemisches Management. Wien.
- Resch, Marianne (2015): Was ist gute Arbeit? In: Storck / Plößl (Hg.) 2015. Seite 55ff.
- Reichel, Rene (Hg.) (2005): Beratung – Psychotherapie – Supervision. Einführung in die psychosoziale Beratungslandschaft. Facultas. Wien.
- Resch, F. / Westhoff, K. (2013): Das biopsychosoziale Modell in der Praxis: Eine kritische Reflexion. *Resonanzen – E-Journal für Biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 1(1), Seite 32–46. Web: www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/190 [abgerufen am 20.10.2015].
- Riechert, Ina (2011): Psychische Störungen bei Mitarbeitern. Ein Leitfaden für Führungskräfte und Personalverantwortliche. Von der Prävention bis zur Wiedereingliederung. Springer-Verlag. Berlin / Heidelberg.
- Roessler, Marianne (2012): Beratung im Zwangskontext. Wertschätzung und Transparenz einsetzen, um Klientinnen und Klienten für eine Zusammenarbeit zu gewinnen. In: Hammerer, Marika / Melter, Ingeborg / Kanelutti, Erika (Hg.) (2012): *Zukunftsfeld Beruf*. Bertelsmann Verlag. Bielefeld. Web: www.netzwerk-ost.at/publikationen/pdf/publikationen_Beratung%20mit%20%20KlientInnen%20im%20Zwangskontext_Marianne%20Roessler.pdf [abgerufen am 20.10.2015].
- Rogge, Benedikt (2013): Wie uns Arbeitslosigkeit unter die Haut geht. Identität und psychische Gesundheit bei Statuswechseln. UVK. Konstanz / München.
- Rothenhäusler, Hans-Bernd / Täschner, Karl-Ludwig (2012): *Kompendium Praktische Psychiatrie und Psychotherapie*. 2. Auflage. Springer-Verlag. Wien / NewYork.

- Rupp, Manuel (2012): Basiswissen: Psychiatrische Krisenintervention. Psychiatrie Verlag. Köln.
- Sachse, Rainer (2014): Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten. 10. Auflage. Psychiatrie Verlag. Köln.
- Sachse, Rainer / Langens, Thomas A. / Sachse, Meike (2012): Klienten motivieren. Therapeutische Strategien zur Stärkung der Änderungsbereitschaft. Psychiatrie Verlag. Bonn.
- Schaub, Anette et al. (2013): Bewältigungsorientierte Therapie bei psychisch Erkrankten. Ein gruppentherapeutisches Konzept zum Umgang mit einer schizophrenen Psychose. In: Mundt, Christoph / Linden, Michael / Barnett, Winfried (Hg.): Psychotherapie in der Psychiatrie. Springer-Verlag. Wien / New York. Seite 93–96.
- Siegrist, Johannes (2012): Gratifikationskrisen am Arbeitsplatz und ihre Folgen. Präsentation zum 11. DGPPN-Hauptstadtsymposium an der Heinrich-Heine-Universität Berlin. Web: www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/dokumente/dgppn-veranstaltungen/2012-03-07-hs-burnout/praesentationsfolien-siegrist.pdf [abgerufen am 6.9.2015].
- Schubert, Franz-Christian (2012): Ressourcen und Ressourcenarbeit. In: Gahleitner, Silke B. / Hahn, Gernot (Hg.) (2012): Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten. Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 4. Psychiatrie Verlag. Bonn. Seite 112–129.
- Schubert, Michael et al. (2013): Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. IAB Forschungsbericht, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Web: <http://doku.iab.de/forschungsbericht/2013/fb1213.pdf> [abgerufen am 9.8.2015].
- Schütt, Astrid: Vortragsunterlagen zu Skillstraining (DBT), Psychosomatisches Zentrum Eggenburg. Web: <http://ppcms.univie.ac.at/uploads/media/Skillstraining.pdf> [abgerufen am 20.10.2015].
- Schulz von Thun, Friedemann (2014): Miteinander reden: 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. 51. Auflage. Rowohlt Taschenbuch Verlag. Reinbek bei Hamburg.
- Senf, Wolfgang / Broda, Michael (Hg.) (2011): Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Georg Thieme Verlag. Stuttgart / New York.
- Sonneck, Gernot et al. (Hg.) (2012): Krisenintervention und Suizidverhütung. 2. Auflage. UTB:facultas.wuv.
- Storch, Maja / Krause, Frank (2011): Selbstmanagement – Ressourcenorientiert. Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell (ZRM). Nachdruck der 4. Auflage. Verlag Hans Huber. Bern.
- Storck, Joachim / Plößl, Irmgard (Hg.) (2015): Handbuch Arbeit. Wie psychisch erkrankte Menschen in Arbeit kommen und bleiben. Psychiatrie Verlag. Köln.
- Stöver, Heino (2012): Doping am Arbeitsplatz: Schneller, besser, effektiver und immer fit? In: Giesert / Danigel / Reuter (Hg.): Sucht im Betrieb. Seite 15–21.
- Straub, E. / Chuonyo, S. (2012): »Nur eine Krise«. (Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V., Hg.). Web: www.lvbayern-apk.de/pdf/lapk_nur-eine-krise.pdf [abgerufen am 31.12.2015].
- Szabo, Peter / Berg, Insoo Kim (2009): Kurz(zeit)coaching mit Langzeitwirkung. 2. Auflage. Borgmann Media. Dortmund.
- Terzioglu, Peri / Zaumseil, Manfred (2007): Wie kann eine partizipative Zusammenarbeit zwischen Patienten und Ärzten gelingen? Zum Konzept der geteilten Entscheidungen in der psychiatrischen Praxis. In: Knuf / Osterfeld / Seibert 2007. Seite 211–227.
- Wagner, Brigitte (2012): Seelische Gesundheit in Österreich, Studie der Integrated Consulting Group im Auftrag von MBASK und PVA. Kurzfassung. Web: www.innenwelt.at/sites/default/files/ICG_Studie_Seelische%20Gesundheit%20in%20%C3%96sterreich_Summary_2012_10_12.pdf [abgerufen am 4.8.2015].
- Warschburger, Petra (Hg.) (2009): Beratungspsychologie. Springer-Verlag. Berlin / Heidelberg.

- Weinberger, Sabine (2013): Klientenzentrierte Gesprächsführung. Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe. 14., überarbeitete Auflage. Beltz Juventa. Weinheim / Basel.
- Wendt, Peter Ulrich (2015): Methoden der Sozialen Arbeit. Beltz Juventa. Weinheim / Basel.
- WHO (2015): Mental Health Action Plan 2013–2020. Regionalbüro für Europa. Web: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf [abgerufen am 5.8.2015].
- Widulle, Wolfgang (2012): Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen. 2., durchgesehene Auflage. Springer VS. Wiesbaden.
- Winter, B. (Hg.) (2012): 230 kritische Zitate von Betroffenen über ihre Erfahrungen mit Psychopharmaka und der Psychiatrie. Quellen: Internetdiskussionsforen. Web: <http://neuroleptikabehandlung.de/psychiatriepatientenkritik-anonym-2002-3.pdf> [abgerufen am 19.12.2015].
- Wittchen, Hans-Ulrich et al. (2011): The Size and Burden of Mental Disorders and Disorders of the Brain in Europe 2010. In: European Neuropsychopharmacology 21. Seite 655–679. Web: www.ecnp.eu/~media/Files/ecnp/communication/reports/ECNP%20EBC%20Report.pdf [abgerufen am 5.8.2015].
- Wolski-Prenger, Friedhelm / Rothhardt, Dieter (1996): Soziale Arbeit mit Arbeitslosen. Beratung, Bildung, Selbstorganisation. Beltz Juventa. Weinheim / Basel.

Interviewte ExpertInnen

Silvia Ballauf (Selbsthilfe pro mente Wien)

Mag. Peter Gardowsky, DSA (Selbständiger Supervisor, Sozialrechtsexperte bei HPE)

Mag.^a Manuela Gruber (AM WEG OG)

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Birgit Hladschik-Kermer, MME (Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin und Supervisorin, Medizinische Universität Wien)

Mag.^a Margareta Kalemba-Holzgethan, MA (Dipl. Lebens- und Sozialberaterin, Vereinspräsidentin, Verein zur Forschung & Förderung von Selbsthilfe & Prävention bei Burnout, Depression und Angsterkrankungen – Club D&A)

Mag.^a Sabrina Kraxner (Psychotherapeutin, Beratungsstelle omnibus)

Benedikta Manzano (zertifizierte Traumaberaterin, AMS-Trainerin)

Mag.^a Gerda Mühlegger, Psychotherapeutin (Exit-sozial)

Dr. Günther Razesberger (Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Psychotherapeut, Kathym-imaginative Psychotherapie)

Mag. Robert Schulz (Institut zur beruflichen Integration)

Alois Unterberger (AMS/GSA)

Margit Voglhofer, MA (Bildungs- und Berufsberaterin, Supervisorin, Leiterin des Lehrganges für Berufs- und BildungsberaterInnen am WIFI Wien)

Dr.ⁱⁿ Ulla Wurm (Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie)

Anhang

Landesgeschäftsstellen des AMS Österreich – www.ams.at

Die erste Adresse für Fragen rund um den beruflichen Wiedereinstieg und die berufliche Umorientierung ist die für Sie zuständige Regionale Geschäftsstelle (RGS) des Arbeitsmarktservice. Auskunft über die für Sie zuständige Geschäftsstelle erhalten Sie bei der Landesgeschäftsstelle des Arbeitsmarktservice Ihres Bundeslandes. Im Folgenden sind die Landesgeschäftsstellen aller Bundesländer aufgelistet. Auf den Homepages der einzelnen AMS-Landesgeschäftsstellen finden Sie auch das komplette Adressverzeichnis aller Regionaler Geschäftsstellen (RGS) des jeweiligen Bundeslandes.

AMS Burgenland

Permaystraße 10, 7000 Eisenstadt, Tel.: 02682 692, E-Mail: ams.burgenland@ams.at, Internet: www.ams.at/bgld

AMS Kärnten

Rudolfsbahngürtel 42, 9021 Klagenfurt, Tel.: 0463 3831, E-Mail: ams.kaernten@ams.at, Internet: www.ams.at/ktn

AMS Oberösterreich

Europaplatz 9, 4021 Linz, Tel.: 0732 6963, E-Mail: ams.oberoesterreich@ams.at, Internet: www.ams.at/ooe

AMS Niederösterreich

Hohenstaufengasse 2, 1013 Wien, Tel.: 01 53136, E-Mail: ams.niederoesterreich@ams.at, Internet: www.ams.at/noe

AMS Salzburg

Auerspergstraße 67a, 5020 Salzburg, Tel.: 0662 8883, E-Mail: ams.salzburg@ams.at, Internet: www.ams.at/sbg

AMS Steiermark

Babenbergerstraße 33, 8020 Graz, Tel.: 0316 7081, E-Mail: ams.steiermark@ams.at, Internet: www.ams.at/stmk

AMS Tirol

Amraser Straße 8, 6020 Innsbruck, Tel.: 0512 584664, E-Mail: ams.tirol@ams.at, Internet: www.ams.at/tirol

AMS Vorarlberg

Rheinstraße 33, 6901 Bregenz, Tel.: 05574 691, E-Mail: ams.vorarlberg@ams.at, Internet: www.ams.at/vbg

AMS Wien

Ungargasse 37, 1030 Wien, Tel.: 01 87871, E-Mail: ams.wien@ams.at, Internet: www.ams.at/wien

BerufsInfoZentren (BIZ) des AMS Österreich – www.ams.at/biz

An 70 Standorten in ganz Österreich bieten die BerufsInfoZentren (BIZ) des AMS modern ausgestattete Mediatheken mit einer großen Fülle an Informationsmaterial. Broschüren, Infomappen, Videofilme und Computer stehen gratis zur Verfügung. Die MitarbeiterInnen helfen gerne, die gesuchten Informationen zu finden. Sie stehen bei Fragen zu Beruf, Aus- und Weiterbildung sowie zu Arbeitsmarkt und Jobchancen zur Verfügung.

Burgenland

Eisenstadt: Ödenburger Straße 4, 7001 Eisenstadt, Tel.: 02682 693-913, E-Mail: biz.eisenstadt@ams.at

Neusiedl am See: Wiener Straße 15, 7100 Neusiedl am See, Tel.: 02167 8820-913, E-Mail: biz.neusiedl@ams.at

Oberwart: Evangelische Kirchengasse 1a, 7400 Oberwart, Tel.: 03352 32208-913, E-Mail: biz.oberwart@ams.at

Stegersbach: Vorstadt 3, 7551 Stegersbach, Tel.: 03326 52312-730, -913, E-Mail: biz.stegersbach@ams.at

Kärnten

Feldkirchen: 10.-Oktober-Straße 30, 9560 Feldkirchen, Tel.: 04276 2162, E-Mail: biz.feldkirchen@ams.at
Hermagor: Egger Straße 19, 9620 Hermagor, Tel.: 04282 2061, E-Mail: biz.hermagor@ams.at
Klagenfurt: Rudolfsbahngürtel 40, 9021 Klagenfurt, Tel.: 0463 3832, E-Mail: biz.klagenfurt@ams.at
Spittal an der Drau: Ortenburger Straße 13, 9800 Spittal/Drau, Tel.: 04762 5656, E-Mail: biz.spittal@ams.at
St. Veit an der Glan: Bahnhofstraße 6, 9300 St. Veit an der Glan, Tel.: 04212 4343, E-Mail: biz.sanktveit@ams.at
Villach: Trattengasse 30, 9501 Villach, Tel.: 04242 3010, E-Mail: biz.villach@ams.at
Völkermarkt: Hauptplatz 14, 9100 Völkermarkt, Tel.: 04232 2424, E-Mail: biz.voelkermarkt@ams.at
Wolfsberg: Gerhart-Ellert-Platz 1, 9400 Wolfsberg, Tel.: 04352 52281, E-Mail: biz.wolfsberg@ams.at

Niederösterreich

Amstetten: Mozartstraße 9, 3300 Amstetten, Tel.: 07472 61120-0, E-Mail: ams.amstetten@ams.at
Baden: Josefsplatz 7, 2500 Baden, Tel.: 02252 201-0, E-Mail: ams.baden@ams.at
Gänserndorf: Friedensgasse 4, 2230 Gänserndorf, Tel.: 02282 3535, E-Mail: ams.gaenserndorf@ams.at
Hollabrunn: Winiwarterstraße 2a, 2020 Hollabrunn, Tel.: 02952 2207-0, E-Mail: ams.hollabrunn@ams.at
Krems: Südtiroler Platz 2, 3500 Krems, Tel.: 02732 82546, E-Mail: ams.krems@ams.at
Melk: Babenbergerstraße 6–8, 3390 Melk, Tel.: 02752 50072, E-Mail: ams.melk@ams.at
Mödling: Bachgasse 18, 2340 Mödling, Tel.: 02236 805, E-Mail: ams.moedling@ams.at
Neunkirchen: Dr.-Stockhammer-Gasse 31, 2620 Neunkirchen, Tel.: 02635 62841, E-Mail: ams.neunkirchen@ams.at
St. Pölten: Daniel-Gran-Straße 12, 3100 St. Pölten, Tel.: 02742 309, E-Mail: ams.sanktpoelten@ams.at
Tulln: Nibelungenplatz 1, 3430 Tulln, Tel.: 02272 62236, E-Mail: ams.tulln@ams.at
Wr Neustadt: Neunkirchner Straße 36, 2700 Wr. Neustadt, Tel.: 02622 21670, E-Mail: ams.wienerneustadt@ams.at

Oberösterreich

Braunau: Laaber Holzweg 44, 5280 Braunau, Tel.: 07722 63345, E-Mail: ams.braunau@ams.at
Eferding: Kirchenplatz 4, 4070 Eferding, Tel.: 07272 2202, E-Mail: ams.eferding@ams.at
Freistadt: Am Pregarten 1, 4240 Freistadt, Tel.: 07942 74331, E-Mail: ams.freistadt@ams.at
Gmunden: Karl-Plentzner-Straße 2, 4810 Gmunden, Tel.: 07612 64591, E-Mail: ams.gmunden@ams.at
Grieskirchen: Manglborg 23, 4710 Grieskirchen, Tel.: 07248 62271, E-Mail: ams.grieskirchen@ams.at
Kirchdorf: Bambergstraße 46, 4560 Kirchdorf, Tel.: 07582 63251, E-Mail: ams.kirchdorf@ams.at
Linz: Bulgariplatz 17–19, 4021 Linz, Tel.: 0732 6903, E-Mail: ams.linz@ams.at
Perg: Gartenstraße 4, 4320 Perg, Tel.: 07262 57561, E-Mail: ams.perg@ams.at
Ried im Innkreis: Peter-Rosegger-Straße 27, 4910 Ried im Innkreis, Tel.: 07752 84456, E-Mail: ams.ried@ams.at
Rohrbach: Haslachter Straße 7, 4150 Rohrbach, Tel.: 07289 6212, E-Mail: ams.rohrbach@ams.at
Schärding: Alfred-Kubin-Straße 5a, 4780 Schärding, Tel.: 07712 3131, E-Mail: ams.schaerding@ams.at
Steyr: Leopold-Werndl-Straße 8, 4400 Steyr, Tel.: 07252 53391, E-Mail: ams.steyr@ams.at
Vöcklabruck: Industriestraße 23, 4840 Vöcklabruck, Tel.: 07672 733, E-Mail: ams.voecklabruck@ams.at
Wels: Salzburger Straße 23, 4600 Wels, Tel.: 07242 619, E-Mail: ams.wels@ams.at

Salzburg

Bischofshofen: Kinostraße 7A, 5500 Bischofshofen, Tel.: 06462 2848-1140, E-Mail: biz.bischofshofen@ams.at
Hallein: Hintnerhofstraße 1, 5400 Hallein, Tel.: 06245 80451-3230, E-Mail: biz.hallein@ams.at
Salzburg: Paris-Lodron-Straße 21, 5020 Salzburg, Tel.: 0662 8883-4820, E-Mail: biz.stadtsalzburg@ams.at
Tamsweg: Friedhofstraße 6, 5580 Tamsweg, Tel.: 06474 8484-5131, E-Mail: biz.tamsweg@ams.at
Zell am See: Brucker Bundesstraße 22, 5700 Zell am See, Tel.: 06542 73187-6337, E-Mail: biz.zellamsee@ams.at

Steiermark

Deutschlandsberg: Rathausgasse 5, 8530 Deutschlandsberg, Tel.: 03462 2947-803,
E-Mail: biz.deutschlandsberg@ams.at
Feldbach: Schillerstraße 7, 8330 Feldbach, Tel.: 03152 4388-803, E-Mail: biz.feldbach@ams.at
Graz: Neutorgasse 46, 8010 Graz, Tel.: 0316 7082-803, E-Mail: biz.graz@ams.at
Hartberg: Grünfeldgasse 1, 8230 Hartberg, Tel.: 03332 62602-803, E-Mail: biz.hartberg@ams.at
Knittelfeld: Hans-Resel-Gasse 17, 8720 Knittelfeld, Tel.: 03512 82591-105, E-Mail: biz.knittelfeld@ams.at
Leibnitz: Bahnhofstraße 21, 8430 Leibnitz, Tel.: 03452 82025-805, E-Mail: biz.leibnitz@ams.at
Leoben: Vordernberger Straße 10, 8700 Leoben, Tel.: 03842 43545-803, E-Mail: biz.leoben@ams.at
Liezen: Hauptstraße 36, 8940 Liezen, Tel.: 03612 22681, E-Mail: biz.liezen@ams.at
Mürzzuschlag: Grazer Straße 5, 8680 Mürzzuschlag, Tel.: 03852 2180-803, E-Mail: biz.muerzzuschlag@ams.at

Tirol

Imst: Rathausstraße 14, 6460 Imst, Tel.: 05412 61900, E-Mail: ams.imst@ams.at
Innsbruck: Schöpfstraße 5, 6020 Innsbruck, Tel.: 0512 5903, E-Mail: eurobiz.innsbruck@ams.at
Kitzbühel: Wagnerstraße 17, 6370 Kitzbühel, Tel.: 05356 62422, E-Mail: ams.kitzbuehel@ams.at
Kufstein: Oskar-Pirlo-Straße 13, 6333 Kufstein, Tel.: 05372 64891, E-Mail: ams.kufstein@ams.at
Landeck: Innstraße 12, 6500 Landeck, Tel.: 05442 62616, E-Mail: ams.landeck@ams.at
Lienz: Dolomitenstraße 1, 9900 Lienz, Tel.: 04852 64555, E-Mail: ams.lienz@ams.at
Reutte: Claudiastraße 7, 6600 Reutte, Tel.: 05672 624040, E-Mail: ams.reutte@ams.at
Schwaz: Postgasse 1, 6130 Schwaz, Tel.: 05242 62409, E-Mail: ams.schwaz@ams.at

Vorarlberg

Bludenz: Bahnhofplatz 1B, 6700 Bludenz, Tel.: 05552 62371, E-Mail: biz.bludenz@ams.at
Bregenz: Rheinstraße 33, 6901 Bregenz, Tel.: 05574 691, E-Mail: biz.bregenz@ams.at
Feldkirch: Reichsstraße 151, 6800 Feldkirch, Tel.: 05522 3473, E-Mail: biz.feldkirch@ams.at

Wien

BIZ 3 (3. Bezirk): Esteplatz 2, 1030 Wien, Tel.: 01 87871-20299, E-Mail: biz.esteplatz@ams.at
BIZ 6 (6. Bezirk): Gumpendorfer Gürtel 2b, 1060 Wien, Tel.: 01 87871-30299,
E-Mail: biz.gumpendorferguertel@ams.at
BIZ 10 (10. Bezirk): Laxenburger Straße 18, 1100 Wien, Tel.: 01 87871-24200,
E-Mail: biz.laxenburgerstrasse@ams.at
BIZ 13 (13. Bezirk): Hietzinger Kai 139, 1130 Wien, Tel.: 01 87871-26299, E-Mail: biz.hietzingerkai@ams.at
BIZ 16 (16. Bezirk): Huttengasse 25, 1160 Wien, Tel.: 01 87871-27299, E-Mail: biz.huttengasse@ams.at
BIZ 21 (21. Bezirk): Schloßhofer Straße 16–18, 1210 Wien, Tel.: 01 87871-28299,
E-Mail: biz.schlosshoferstrasse@ams.at

www.ams.at/karrierekompass

www.ams.at/berufsinfo

... sind die Internet-Adressen für Berufsinformationen

Unter den oben genannten Internet-Adressen stehen Ihnen aktuelle Berufs-
informationen per Knopfdruck zur Verfügung. Hier finden Sie unter anderem:

- Informationen über die BerufsInfoZentren des AMS und deren Angebot.
- Eine Auflistung aller BerufsInfoBroschüren des AMS sowie Hinweise, welche Broschüren Sie downloaden können.
- Programme, die Sie bei Ihrer Berufs- und Bildungsentscheidung unterstützen.
- Datenbanken, mit denen Sie die Berufs- und Bildungswelt per Mausclick erobern.

EIN BESUCH IM NETZ LOHNT SICH ALLEMAL!!!