



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Fakultät Wirtschaft und Soziales - Department Soziale Arbeit

Beratung von Klienten mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung in der Sozialen Arbeit

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 10.10.2011

vorgelegt von: Simone Hübner,

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Georg Schürgers

Zweiter Prüfer: Prof. Dr. Henri Louis Seukwa

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	3
1. Die histrionische Persönlichkeitsstörung.....	5
1.1 Zur Geschichte.....	6
1.2 Klassifikation.....	8
1.3 Krankheitsbild.....	10
1.3.1 Zentrale Beziehungsmotive.....	11
1.3.2 Partnerbeziehungen.....	13
1.3.3 Selbstdarstellung und Außenwirkung.....	15
1.3.4 Kommunikation.....	17
2. Beratung in der Sozialen Arbeit.....	19
2.1 Definition Beratung.....	19
2.2 Ziele der Beratung.....	20
2.3 Definition der Beraterrolle.....	20
2.4 Beratung vs. Therapie.....	22
3. Notwendigkeit eines spezifischen Beratungskonzeptes.....	23
3.1 Soziale Arbeit im Bereich Psychiatrie.....	23
3.2 Die therapeutische Funktion Sozialer Arbeit.....	24
3.3 Funktionen eines Beratungskonzeptes für Histrioniker.....	25
4. Beratung von Klienten mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung.....	25
4.1 Klientenzentrierte Beratung.....	30
4.1.1 Klientenzentrierte Beratung bei Klienten mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung.....	30
4.2 Problemzentrierte Beratung.....	31
4.2.1 Problemzentrierte Beratung bei Klienten mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung.....	32
4.3 Struktur eines Beratungsgesprächs.....	33
4.3.1 Kontakt/Situationsklärung.....	33

4.3.2 Thema ermitteln.....	36
4.3.3 Thema bearbeiten.....	38
4.3.4 Zielsetzung.....	39
4.3.5 Handlungsplan.....	40
4.3.6 Gesprächsabschluss.....	42
4.4 Typische Gesprächssituationen.....	43
4.4.1 Exzessives Klagen.....	43
4.4.2 Fehlende Eigenverantwortung.....	45
4.4.3 Abwertendes Verhalten.....	46
4.4.4 Aggressives Verhalten.....	49
4.4.5 Unangemessenes Flirtverhalten.....	50
Schlussbetrachtung.....	51
Eidesstattliche Erklärung.....	53
Literaturverzeichnis.....	54
Quellenverzeichnis.....	59

Einleitung

Die Klientel der Sozialen Arbeit ist vielschichtig und oft fehlen Erfahrungen mit bestimmten Personengruppen. Das kann die Kommunikation und Beratung enorm erschweren, denn das Wissen um den richtigen Umgang mit den entsprechenden Klienten ist die Grundlage der Arbeit im sozialen Bereich.

Bei der Arbeit mit psychisch kranken Menschen sind Vorkenntnisse bezüglich psychiatrischer Krankheitsbilder und kommunikativer Techniken gefragt. Gerade der Umgang mit persönlichkeitsgestörten Klientinnen und Klienten stellt im Allgemeinen eine besondere Herausforderung dar. Speziell im Fall der histrionischen Persönlichkeitsstörung, denn hohe Abhängigkeit von äußerer Aufmerksamkeit, Theatralik, affektive Labilität und übertriebene dysfunktionale Emotionalität von Seiten der Klienten erschweren Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern die Zusammenarbeit. Unechtheit und der ausgeprägte Hang zur Selbstinszenierung verkomplizieren den Zugang zu den zu Beratenden und das Erfassen ihrer tatsächlichen Situation.

Aufgrund fehlender Fachkenntnisse kann es passieren, dass Klienten als lästig, störend oder beratungsresistent empfunden werden. Mit einer derartigen Haltung kann aber weder dem Klienten, noch dem Berufsfeld der Sozialen Arbeit genüge getan werden. So ist es also notwendig, sich in jedem Fachbereich mit den Besonderheiten der Klienten und ihren gesundheitlichen und sozialen Hintergründen zu befassen und dieses Wissen beratungskompetent umzusetzen.

Im Fall der histrionischen Persönlichkeitsstörung muss zuerst das Krankheitsbild näher beleuchtet werden. Bevor der Begriff der histrionischen Persönlichkeitsstörung entstand, war deren Symptomatik lediglich als ein Frauenleiden bekannt und wurde, nach dem griechischen Wort für Gebärmutter *Hystera*, als Hysterie bezeichnet. Die Hysterie wurde lange Zeit mit körperlichen Symptomen gleichgesetzt und ihre Ursachen in einer unzureichend ausgelebten Sexualität der betroffenen Frauen gesehen. Mittlerweile ist bekannt, dass auch Männer von dieser Erkrankung der Psyche betroffen sein können (vgl. Mentzos, 2009: 31ff).

Schließlich wurde der medizinische Begriff *Hysterie* im letzten Jahrhundert durch die Bezeichnung *histrionische Persönlichkeitsstörung* ersetzt, und ihre ehemals auch somatoformen Anzeichen finden sich heute in der Somatisierungsstörung und den

dissoziativen Störungen wieder (vgl. Sulz, 2010: 880). Ihre Klassifikation erfolgt heute durch die Diagnosesysteme DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) und ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme).

Im Folgenden werden die wichtigsten Aspekte des Krankheitsbildes aufgezeigt. Dazu gehören die zentralen Beziehungsmotive und die daraus hervorgehenden Schemata, wie Sachse sie beschreibt. Im Vordergrund stehen hierbei *Wichtigkeit*, *Verlässlichkeit* und *Solidarität* (vgl. Sachse, 2006: 76ff). Diese Motive finden sich in allen Formen von Beziehungen der Histrioniker wieder, so auch in Partnerschaften. Aufgrund der Schwierigkeiten von Histrionikern, ihre Emotionen zu kontrollieren und den starken manipulativen und egozentrischen Tendenzen in der Partnerschaftsbeziehung sind diese selten von Dauer und das Muster der scheiternden Beziehung ebenfalls einer der Gründe, sich in therapeutische Behandlung zu begeben.

Für die Beratung in der Sozialen Arbeit interessant sind die Besonderheiten der Kommunikation von Klienten mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung. Hierbei wird insbesondere auf die Dramatisierung und die Überemotionalität der Darstellung eingegangen. Die Konsequenzen dieser Art der Gesprächsführung sind ein impressionistischer Sprachstil und eine starke Undifferenziertheit, die eine Argumentation deutlich erschwert.

Eine Schlüsselrolle in der vorliegenden Arbeit wird der Definition der Beratung in der Sozialen Arbeit zuteil. Die Ziele der Beratung und die Rolle des Beraters sollen näher bestimmt werden, da sie beide das Fundament eines jeden Beratungskonzeptes darstellen. Auch Unterschiede und Parallelen zur Therapie werden ausdifferenziert. Eine Beschreibung des Arbeitsfeldes psychiatrische Sozialarbeit führt so zwangsläufig zu der Frage, was multiprofessionelle Soziale Arbeit leisten kann. Soziale Arbeit in der Psychiatrie hat immer auch eine therapeutische Funktion und birgt damit die Verantwortung, sich präzises Fachwissen anzueignen (vgl. Sachse, 2010: 54). Die Funktionen eines Beratungskonzeptes speziell für Klienten mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung werden so klar. Eine Beratung kann nur dann erfolgversprechend verlaufen, wenn der Berater über das entsprechende Wissen

verfügt. Kenntnisse bezüglich des Klienten und seiner Erkrankung sind ebenso von Bedeutung wie ein Konzept hinsichtlich des Beratungsablaufs.

Um ein solches Konzept für den Umgang mit Histrionikern zu entwerfen, müssen bestimmte Faktoren geklärt sein. Dazu gehört die Frage nach dem Menschenbild, das der Institution und dem Berater selbst zugrunde liegt, ebenso wie die Grundbedingungen einer Beratung in der Psychiatrie.

Es gibt zwei bereits existierende Beratungskonzepte, die sich besonders gut als Grundlage eignen: Zum einen die Klientenzentrierte Beratung und zum anderen die Problemzentrierte Beratung. Beide Konzepte können einzeln oder besser noch in Kombination als Gesprächsbasis dienen. Durch die Grundkompetenzen Authentizität, Empathie und Akzeptanz kann mit dem histrionischen Klienten eine Atmosphäre des Vertrauens geschaffen werden. Die problemzentrierte Sichtweise hingegen hilft, einzelne Themen zu fokussieren und dem Klienten eine klarere Sichtweise auf seine Situation zu vermitteln.

Im Weiteren wird die Struktur eines Beratungsgesprächs näher erörtert. Vom Kontakt, über die Ermittlung und Bearbeitung des Themas bis hin zur Zielsetzung und dem konkreten Handlungsplan mit anschließendem Abschluss des Gesprächs. Die einzelnen Schritte werden anhand eines Fallbeispiels veranschaulicht.

Schließlich werden noch Gesprächssituationen aufgegriffen, die bei der Beratung von Klienten mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung typischerweise auftreten. Der Umgang mit übermäßigem Klagen, fehlender Eigenverantwortung und abwertendem Verhalten wird beschrieben und die Ursache dieser Verhaltensweisen beleuchtet.

Im Fazit werden die Chancen einer solchen speziellen Form der Beratung von Histrionikern aufgezeigt. Inwieweit ist ein solches Beratungskonzept umsetzbar und welchen Beitrag für die psychiatrische Sozialarbeit kann es leisten?

1. Die histrionische Persönlichkeitsstörung

Wenngleich die histrionische Persönlichkeitsstörung heute nach eindeutigen Kriterien klassifiziert wird, so darf nicht vergessen werden, dass der Begriff und das mit ihm assoziierte Krankheitsbild im Laufe der Zeit zahlreichen Veränderungen unterworfen

war. Daher erscheint es lohnenswert zunächst einen Blick auf die Begriffsgeschichte der histrionischen Persönlichkeitsstörung zu werfen, denn der Begriff der Hysterie, wie ihn noch Freud gebrauchte, taucht in den heutigen Klassifikationssystemen als solcher nicht mehr auf, wenngleich er in der einschlägigen Fachliteratur nach wie vor verwendet wird. Stattdessen sind die prägnanten Symptome bei der Somatisierungsstörung, den dissoziativen Störungen bzw. Konversionsstörungen und den Persönlichkeitsstörungen zu finden. Ursprünglich als reines Frauenleiden angesehen, wandelte sich das Bild dieser Erkrankung im Laufe der Jahrhunderte zu einer Symptomatik, die geschlechterübergreifend auftritt (vgl. Sulz, 2010: 880).

1.2 Zur Geschichte

In der altägyptischen Medizin wurde schon auf dem Kahun-Papyrus¹ die Idee einer im Körper umherwandernden Gebärmutter entworfen, die aufgrund ihrer stetig wechselnden Lage im menschlichen Organismus auffällige Verhaltensweisen verursacht. Hippokrates fasste 400 v. Chr. diese Symptome im Corpus Hippocraticum² abermals zusammen, woraus sich der Begriff *Hysterie*, abgeleitet aus dem Wort *Hystera*, der griechischen Bezeichnung für Gebärmutter, entwickelte. Als Ursache dieser vermeintlichen Erkrankung des Uterus führten antike Darstellungen Flüssigkeitsmangel aufgrund sexueller Abstinenz ins Feld. Zweihundert Jahre später vertrat Galen von Pergamon³ vermutlich als einer der ersten die Meinung, dass auch Männer von hysterischen Symptomen betroffen sein können (vgl. Mentzos, 2009: 31ff).

¹ Dieser Papyrus ist ein medizinischer Papyrus und wird auch *Gynäkologischer Papyrus von Kahun* genannt. Er stammt etwa aus der Zeit 1850 v. Chr. und enthält in erster Linie eine Art Fachbuch der Gynäkologie. Neben Diagnosen und Behandlungsmöglichkeiten zu Frauenkrankheiten und Rezepten zur Empfängnisverhütung enthält dieser Papyrus ebenfalls Hinweise auf die Behandlung hysterischer Krankheiten (Westendorf, 1999: 81ff).

² Corpus Hippocraticum bezeichnet die gesammelten hippokratischen Schriften, von denen der Großteil nicht von Hippokrates selbst stammt, sondern erst nach seinem Tod entstanden ist. Diese Schriftensammlung begründet die abendländische Medizingeschichte (vgl. Bruchhausen, 2008: 19).

³ Galenos von Pergamon war der bedeutendste Arzt der römischen Antike, der seine Erkenntnisse in einer ausführlichen Schriftensammlung veröffentlicht hat (Eckart, 2011: 7).

Im Mittelalter wurde die Hysterie, vornehmlich im christlich geprägten Europa, als Form der Besessenheit angesehen und ihre Merkmale als *Stigmata Diaboli*, also als Berührungen des Teufels, bezeichnet. Diese Verknüpfung des Krankheitsbildes mit religiösen Aspekten hielt sich bis Mitte des 18. Jahrhunderts. Mit dem Aufkommen des animalischen Magnetismus und der damit verbundenen Lehre der Strömung von Flüssigkeit im Körper, verlor die Religion jedoch an Deutungshoheit. Im Gegenzug gewann eine naturwissenschaftliche Auffassung der Krankheit die Oberhand und wies dem Arzt als Magnetiseur wieder eine bedeutende Rolle zu (vgl. Mentzos, 2009: 31ff).

Es verfestigte sich der Gedanke, dass der Auslöser der Hysterie nicht, wie lange vermutet, im Uterus zu finden sei, sondern stattdessen im Gehirn, womit eine geschlechtliche Zuordnung hinfällig wurde.

Im 18. und 19. Jahrhundert wurde die Hysterie in zunehmendem Maße als neurologischer Defekt verstanden und behandelt. Jean-Martin Charcot, ein bedeutender Vertreter der Pariser Schule, widmete sich intensiv der Behandlung hysterischer Patienten mit Hilfe von Hypnose und nahm mit seinen umfangreichen Studien zu diesem Thema nachhaltig Einfluss auf die Entwicklung der Psychiatrie und den Werdegang seiner Schüler Pierre Janet und Sigmund Freud. Gemeinsam mit Joseph Breuer beschäftigte sich Freud später mit dem Phänomen der Hysterie, indem er verschiedene Krankengeschichten analysierte und die berühmten „Studien über Hysterie“⁴ verfasste (vgl. Mentzos, 2009: 32ff). In diesem Werk ordnete er die Hysterie der von ihm neu konzipierten Gruppe der Neurosen zu, eine Auffassung, die sich bis in die 1980er Jahre hielt (vgl. Hoffmann, 2000: 127).

Als *hysterische Persönlichkeitsstörung* wurde die Hysterie erstmals 1968 im DSM II⁵ bezeichnet. Der diagnostische Schwerpunkt verlagerte sich von physischen Symptomen wie Lähmungserscheinungen, Atemnot und Ohnmachtsanfällen hin zu

⁴BREUER, Josef; Freud, Sigmund; Mentzos, Stavros (2003): Studien über Hysterie. 5. unveränderte Aufl. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.

⁵ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen) zweite Ausgabe, erschienen 1968

psychischen Merkmalen. Dramatisierungstendenz, Unreife und Dependenz stellten nunmehr die ausschlaggebenden Diagnosekriterien dar (vgl. Herpertz/Saß, 2003: 102). Die somatoformen Anzeichen der Hysterie finden sich heute sowohl in der Somatisierungsstörung als auch in den dissoziativen Störungen wieder (vgl. Sulz, 2010: 880).

Mit Erscheinen des DSM III⁶ 1980 erfuhr der Begriff *hysterische Persönlichkeitsstörung* erneut einen nomenklatorischen Wandel. Um sich von der diskriminierenden, da geschlechtsspezifischen Bezeichnung *Hysterie* zu lösen, wurde diese in die *histrionische Persönlichkeitsstörung* umbenannt. Allerdings ist der neue Terminus kaum minder stigmatisierend, beruft er sich doch auf *Histrion*, den verrufenen römischen Straßenschauspieler⁷ (vgl. Hoffmann, 2000: 127). Dennoch wird er in den Klassifikationssystemen DSM und ICD⁸ bis heute unverändert beibehalten.

1.2 Klassifikation

Um eine histrionische Persönlichkeitsstörung diagnostizieren zu können, gelten die in den beiden heute verwendeten Diagnosesystemen ICD-10 und DSM-IV aufgeführten Kriterien als maßgebend. Als diagnostisches Instrument zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen dient das SKID II⁹, ein standardisiertes Interview. Im Folgenden die Diagnosekriterien nach DSM IV und ICD 10:

⁶ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen) dritte Ausgabe, erschienen 1980

⁷Schauspieler im alten Rom hatten den schlechtesten Ruf aller Theaterschaffenden. Die Arbeit mit dem eigenen Körper galt als unschicklich. Besonders das Singen und Tanzen hatten damals etwas Zwielfichtiges. Folglich gingen diesem Beruf auch nur Sklaven oder Freigelassene nach. (vgl. Stroh, Wilfried: Römisches Theater. <http://www.lrz.de/~stroh/schriften/roemtheater.html> (abgerufen am 11.08.2011))

⁸ Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

⁹ Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV

„DSM-IV-TR (301.50): Histrionische Persönlichkeitsstörung

Ein tiefgreifendes Muster übermäßiger Emotionalität oder Strebens nach Aufmerksamkeit. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter, und die Störung zeigt sich in den verschiedenen Situationen. Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- (1) Fühlt sich unwohl in Situationen, in denen er/sie nicht im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht,
- (2) die Interaktion mit anderen ist oft durch ein unangemessenes sexuell-verführerisches oder provokantes Verhalten charakterisiert,
- (3) zeigt rasch wechselnden und oberflächlichen Gefühlsausdruck,
- (4) setzt durchweg seine körperliche Erscheinung ein, um die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken,
- (5) hat einen übertrieben impressionistischen, wenig detaillierten Sprachstil,
- (6) zeigt Selbstdramatisierung, Theatralik und übertriebenen Gefühlsausdruck,
- (7) ist suggestibel, d.h. leicht beeinflussbar durch andere Personen oder Umstände,
- (8) fasst Beziehungen enger auf als sie tatsächlich sind.“

Zitiert gemäß DSM-IV der APA (2003: 781)

„F60.4 histrionische Persönlichkeitsstörung

- A. Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein.
- B. Mindestens vier der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen müssen vorliegen:
 1. dramatische Selbstdarstellung, theatrales Auftreten oder übertriebener Ausdruck von Gefühlen
 2. Suggestibilität, leichte Beeinflussbarkeit durch andere Personen oder durch äußere Umstände
 3. oberflächliche, labile Affekte

4. ständige Suche nach aufregenden Erlebnissen und Aktivitäten, in denen die betreffende Person im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht
5. unangemessen verführerisch in Erscheinung und Verhalten
6. übermäßige Beschäftigung damit, äußerlich attraktiv zu erscheinen“

Zitiert gemäß ICD-10 der WHO (2008: 155)

Darüber hinaus deuten verschiedene weitere Charakteristika auf das Krankheitsbild hin, die im Folgenden näher beschrieben werden.

1.3 Krankheitsbild

Die Tatsache, dass das Krankheitsbild in der wissenschaftlichen Literatur nicht einheitlich abgehandelt werden kann, zeugt von der Vielschichtigkeit der histrionischen Persönlichkeitsstörung. Die Akzentuierungen der Verfasser fallen dementsprechend ganz unterschiedlich aus. So stellt Sachse Beziehungsmotive und zentrale Schemata in den Vordergrund (vgl. Sachse, 2002: 23ff), während Mentzos Definition der Störung die körperlichen Komponenten der Hysterie miteinbezieht (vgl. Mentzos, 19ff). Zusätzliche Probleme bei der Begriffsbestimmung ergeben sich, wie bei allen Persönlichkeitsstörungen, durch die fließenden Übergänge von der Normalität zur psychiatrischen Erkrankung und die Überschneidungen der Symptomatik bei einigen Persönlichkeitsstörungen¹⁰. Oftmals werden mehrere Persönlichkeitsstörungen gleichzeitig diagnostiziert.

Eine Art Kernsymptomatik findet sich jedoch in sämtlichen Ausführungen zu dieser Thematik. Auch die beiden oben genannten Diagnosesysteme greifen auf diese zurück.

¹⁰ Die Symptome der histrionischen Persönlichkeitsstörung zeigen Überschneidungen zu anderen Persönlichkeitsstörungen, die eine Diagnose erschweren können. Zu den Symptomen der Borderline-Persönlichkeitsstörung gehören beispielsweise auch starke Stimmungsschwankungen und wechselnde Affekte, zur Narzisstischen Persönlichkeitsstörung bestehen Parallelen bezüglich der Egozentrität und manipulativer Tendenzen und bei der Antisozialen Persönlichkeitsstörung finden sich ebenfalls Oberflächlichkeit und Reizsuche (vgl. Herpertz, 2003: 105).

1.3.1 Zentrale Beziehungsmotive

Im Folgenden werden die zentralen Beziehungsmotive des Histrionikers nach Sachse näher beschrieben. Diese bestimmen einen Großteil seiner Emotionen und seines Handelns und sind hilfreich um seine Intentionen nachvollziehen zu können.

Dem Histrioniker wohnt ein heftiges Verlangen nach Aufmerksamkeit inne. Er möchte um jeden Preis im Mittelpunkt stehen und benötigt ein Beifall spendendes Publikum für seine Selbstinszenierungen. So beschreibt auch Sachse *Wichtigkeit* als eines der zentralen Beziehungsmotive, das im ständigen Widerstreit mit der selbstempfundenen Bedeutungslosigkeit steht. Der daraus resultierende Konflikt führt zu Interaktionsstrategien, die die eigene Person aufwerten und Bedeutsamkeit herstellen sollen. Doch selbst bei Erreichen dieses Zieles wird an dem Glauben an die eigene Unwichtigkeit festgehalten. Diesem Schema entgegengesetzte Informationen werden ausgeblendet. Auf eine scheinbare Bestätigung des Selbstbildes („Ich bin nicht wichtig“) wird mit beleidigtem Rückzug oder aggressivem Ausbruch reagiert (vgl. Sachse, 2006: 76f).

Theatralik und aufgesetztes Verhalten sind gängige Mittel des Histrionikers im Kampf um Beachtung. Menschen mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung begegnen dem inneren Gefühl von Wertlosigkeit mit expressiver Dramatik und der Manipulation ihrer Mitmenschen. Alltäglichkeiten werden zu Großartigkeiten stilisiert, Missgeschicke zu Tragödien und das Publikum so zu Applaus animiert oder zu Tränen gerührt. Erfolgserlebnisse, die sich durch dieses Verhalten einstellen, wirken bestärkend. Auf diese Weise entwickelt der Histrioniker eine Strategie, die sich schließlich verselbständigt und für die er auch negative Konsequenzen in Kauf nimmt. (vgl. Röhr, 2010: 46f).

Das beschriebene Verhalten dient dem Zweck, andere Personen an sich zu binden. Verläuft die Interaktion wunschgemäß, reagieren Histrioniker mit guter Stimmung und Heiterkeit, bleibt der Erfolg jedoch aus, wird der Interaktionspartner mit Gefühlsausbrüchen wie Weinen oder Beleidigungen bestraft (vgl. Sachse, 2002: 19f). Sachse gemäß entspringt dieses Verhalten den beiden Beziehungsmotiven *Verlässlichkeit* und *Solidarität*. Im Widerspruch dazu steht das negative Schema, das Beziehungen als etwas Unsicheres, nicht Verlässliches betrachtet. Um diesem

Denkmuster entgegenzuwirken, werden Verlässlichkeit und Solidarität massiv eingefordert. Menschen mit histrionischer Persönlichkeitsstörung haben das starke Bedürfnis, die wichtigste Person im Leben anderer zu sein und diesen Sachverhalt auch unablässig bestätigt zu bekommen. Eine Form von Bestätigung ist die Verfügbarkeit anderer, welche wiederum mit Hilfe manipulativer Strategien und intransparenter Interaktionsformen hergestellt wird. Der Manipulation sind sich die von der Persönlichkeitsstörung Betroffenen selbst nicht bewusst, da sie das auslösende Moment ihrer Interaktion dem Gegenüber zuschreiben (vgl. Sachse, 2006: 77f).

Es werden hierbei zwei Arten von Strategien verfolgt: positive und negative Strategien. Von positiven Strategien kann der Interaktionspartner profitieren, denn sie beinhalten das Ziel, „besonders“ zu sein, also besonders attraktiv, besonders unterhaltsam oder besonders charmant. Diese Bemühungen wirken auf den Interaktionspartner schmeichelhaft. Er wird umworben und unterhalten, allerdings immer noch mit dem Ziel des Histrionikers selbst im Fokus der Aufmerksamkeit zu stehen (vgl. ebenda).

Im Gegensatz dazu stellen negative Strategien für das Gegenüber eine Belastung dar. Hierbei werden vornehmlich Symptome produziert, die an das schlechte Gewissen appellieren sollen. Diese können körperlicher oder auch seelischer Art sein. Häufig werden Migräne, Panik oder Depressionen in diesem Zusammenhang genannt (vgl. ebenda).

Auch wenn diese Symptome möglicherweise störend auf den Interaktionspartner wirken, muss er dennoch die soziale Norm befriedigen, auch wenn dieses Verhalten komplementär zu seiner Empfindung verläuft. Die gesellschaftliche Norm schreibt vor sich um Partner oder Freunde, denen es körperlich oder seelisch schlecht geht zu kümmern und diese im entsprechenden Maß zu umsorgen. Damit erreicht der Histrioniker seine Ziele, er bekommt verstärkt Aufmerksamkeit und damit ein Gefühl der Wichtigkeit. Eine nachhaltige Befriedigung des Motivs *Wichtigkeit* bleibt jedoch aus, da nur die produzierten Symptome Aufmerksamkeit erregen, nicht jedoch die eigene Persönlichkeit. (vgl. Sachse, 2002: 33).

Eben jene starken Abhängigkeitsbedürfnisse führen zu einer ausgeprägten Suche nach Nähe und Bindung, ohne, dass der Histrioniker in der Lage wäre diese tatsächlich einzugehen. Der Grund hierfür ergibt sich aus dem oben genannten fehlenden Glauben an die Möglichkeit einer stabilen Beziehung und die eigene Bedeutsamkeit. Oberflächliche Beziehungen und flüchtige Abenteuer sind die Folge dieser Schemata. Sie dienen der narzisstischen Gratifikation, in Form von einer hohen Anzahl von Bekanntschaften (vgl. Hoffmann, 2000: 135). Menschen mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung zeichnen sich demnach durch hohe Kontaktfreudigkeit und geringe Gehemmtheit aus. Beziehungen werden zudem als enger aufgefasst, als sie es letztlich sind. So kann beispielsweise eine Zufallsbekanntschaft bei nächster Gelegenheit als der beste Freund oder die beste Freundin vorgestellt werden.

Liebesbeziehungen, die von Histrionikern eingegangen werden, folgen ähnlichen Mustern, wie freundschaftliche Beziehungen. Der Nutzen für die Aufwertung des eigenen Selbstbildes ist auch hier ein ausschlaggebendes Kriterium.

1.3.2 Partnerbeziehungen

Auch potentielle Sexualpartner dienen dem Histrioniker primär der Erhöhung der eigenen Identität. Von der histrionischen Persönlichkeitsstörung Betroffene legen großen Wert auf ihre erotische Ausstrahlung. Sie betonen diese durch eine aufreizende Aufmachung in Erwartung einer Fülle von Komplimenten. Ihr Äußeres und seine Vorzüge werden beispielsweise häufig durch extravagante und körperbetonte Kleidung unterstrichen. Ziel ist ein auffälliges Erscheinungsbild, das sich von der Masse möglichst weitgehend abhebt. Die starke Sexualisierung von Beziehungen äußert sich in übermäßigen Flirtverhalten ohne tatsächliche sexuelle Absicht. Auf die Hochstimmung, ausgelöst durch die Eroberung, folgt schnell Ernüchterung, denn auch sie bietet keinen Ausweg aus dem inneren Vakuum.

Bei der konkreten Partnerwahl stehen Attribute wie Aussehen, Geld und Status im Vordergrund. Auf der Suche nach Perfektion erliegen Histrioniker der Illusion vollkommener Hingabe und idealer romantischer Liebe. Für Kompromisse, wie man sie in einer Partnerschaft zwangsläufig eingehen muss, ist kein Platz. Der Partner

soll einem Idealbild entsprechen. Diese unrealistische Vorstellung von einer Beziehung lässt sich nicht in eine reale Partnerschaft transportieren, weshalb häufig das Fantasiegebilde vorgezogen wird (vgl. Röhr, 2010: 72ff).

Das bedeutet jedoch nicht, dass Histrioniker per se keine Beziehungen eingehen. Für eine feste Bindung wird entgegen dem Idealbild oft ein zuverlässiger und greifbarer Partner gewählt. Hierbei kommt das Beziehungsmotiv *Verlässlichkeit* erneut zum Tragen. Hoffmanns These zufolge findet nun eine Abwertung des Partners statt, für die seiner Meinung nach die sogenannte „Projektion des negativen Selbst“ verantwortlich ist.

„Der Hysteriker hat ein zutiefst schlechtes Selbstgefühl. Er kann sich nicht mögen, lieben, respektieren. Darum drängt er seinerseits die anderen dazu, das zu tun. Die diesem Drängen folgen, werden dafür (letztlich) verachtet, denn sie haben nicht die Schwärze der hysterischen Seele (das negative Selbst) erkannt, sind vielmehr auf sie hereingefallen. Sie trifft die gleiche Verachtung, die der Hysteriker unbewußt für sich selbst hat“ (Hoffmann, 2000: 136).

Der Histrioniker wendet sich wieder einem unerreichbaren Trugbild zu, um sein negatives Selbstbild bestätigt zu wissen und gleichzeitig seinen Erlebnishunger zu stillen. Zeigt der Idealisierte tatsächlich Interesse, wandelt sich schnell Bewunderung in Geringschätzung und das zuvor genannte Muster wiederholt sich (vgl. Hoffmann, 2000: 135).

Sachse hingegen sieht die Bedürfnisbefriedigung als ausschlaggebend für den weiteren Beziehungsverlauf. Dem Verlangen nach Fürsorge und Bewunderung soll uneingeschränkt nachgekommen werden, eine Gegenleistung jedoch bleibt aus. Verweigert der Partner dieses Verhalten, ist häufig verstärkte Manipulation die Folge. Übermäßige Forderungen führen mehr und mehr zu einer Verschlechterung des Verhältnisses. Der Partner reagiert zunehmend ablehnend bis hin zur endgültigen Trennung. Diese wiederum bestätigt das Bild von Beziehungen als ein nicht verlässliches und instabiles Konstrukt (Sachse, 2002: 55f).

Vermutlich kann man in histrionischen Partnerschaften beide Thesen mehr oder weniger stark ausgeprägt wiederfinden. Wobei die, durch permanente Forderungen verursachte Einseitigkeit der Beziehung, wie von Sachse beschrieben, vermutlich häufiger den Ausschlag zur Trennung geben wird.

Ein weiterer Grund für das Nichtzustandekommen einer stabilen Beziehung kann auch in der Unkontrollierbarkeit der Emotionen liegen. Wenn ein Histrioniker sich verliebt, wird er von überbordenden Gefühlen der Bewunderung und Idealisierung seines Auserwählten beherrscht. Dieser Partner erscheint ihm als der beste, einzig wahre und perfekte Partner und die Liebe zu ihm ist für den Histrioniker demnach auch ein absolutes Idealbild. In der Realität einer Beziehung angekommen können diese extremen Gefühle genauso schnell wieder verfliegen. „Leicht kann aus dem fantastischen Partner ein Jammerlappen werden, den man verachtet, weil er den hohen Erwartungen nicht entspricht, weil er verletzte und kränkte“ (Röhr, 2010: 109).

1.3.3 Selbstdarstellung und Außenwirkung

Wie bereits mehrfach angemerkt wurde, spielen Selbstdarstellung und Außenwirkung eine wichtige Rolle für die histrionische Persönlichkeit. Vordergründig ist die Außenwirkung von Menschen mit histrionischer Persönlichkeitsstörung positiv: sie können charmant und unterhaltsam sein, legen meist großen Wert auf ein attraktives Erscheinungsbild und sind im Flirt besonders talentiert (vgl. Sachse, 2002: 35). Aufgrund einer starken Extraversion haben Histrioniker gelernt, ihre Wirkung und ihr Äußeres zu optimieren, um auf diese Weise ein Maximum an Aufmerksamkeit zu erreichen. Die Strategien, die das Ziel verfolgen Beachtung zu finden, sind mannigfaltig und können in unterschiedlicher Ausprägung auftreten.

Sind Frauen von diesem Krankheitsbild betroffen, legen sie in der Regel großen Wert auf Attraktivität. Sie neigen zu einer auffälligen Garderobe, investieren viel in Make-up und Pflegeprodukte, schenken ihrer Frisur besonders Gewicht u.Ä.. Ihr Wunsch ist es, besonders erotisierend auf andere zu wirken, was sich in Form von aufreizender Kleidung und einem auffälligen Flirtverhalten äußern kann (vgl. Sachse, 2002: 37). Es kommt hierbei zu einer Durchsexualisierung ihrer Handlungen, die jedoch nicht das Erleben von Sexualität anstrebt, sondern die allgemeine Aufmerksamkeit und

Bewunderung sucht. Auch wenn Sachse die oben genannten Symptome lediglich auf Frauen bezieht, können sie m.E. in dieser oder ähnlicher Form auch bei männlichen Histrionikern beobachtet werden.

Auch jenseits ihres äußeren Erscheinungsbildes präsentieren sich Histrioniker hochdramatisch in ihrer Affektivität. Gefühle werden theatralisch zum Ausdruck gebracht und wirken auf Interaktionspartner übertrieben und unecht (vgl. Sulz, 2010: 880). Und auch für den Histrioniker selbst bleibt diese Form des Verhaltens nicht folgenlos. Die aufwendige Selbstinszenierung führt zu einem hohen Maß an Alienation¹¹. Aufgrund der permanenten Orientierung nach Außen fehlt der Zugang zum eigenen Innenleben und es findet keine Auseinandersetzung mit den eigenen Wünschen und Bedürfnissen statt. Da Ziele und Wertorientierungen nicht klar definiert sind, können diese auch nicht gleichmäßig verfolgt werden. Das Selbstbild bleibt vage und diffus. In manchen Fällen kann dies zu einer leichten Identitätsschwäche führen, die Histrioniker zusätzlich verunsichert (vgl. Sachse, 2004: 51f). Die fehlende eigene Identität führt zu einer überzogenen Anpassung an kulturelle Rollenvorgaben, insbesondere an die Geschlechterrolle. Histrionische Frauen verhalten sich besonders emotional und verführerisch, ihre Kontaktaufnahme wirkt kindlich-unreif. Histrionische Männer hingegen zeigen machohaftes und provokantes Verhalten (vgl. Herpertz, 2003: 104).

Mit der allgemeinen Selbstdramatisierung geht eine ausgeprägte emotionale Instabilität einher, es kommt zu starken Stimmungsschwankungen. Darüber hinaus herrscht eine Übererregbarkeit vor, die aufgrund der geringen Frustrationstoleranz zu erhöhter Aggressivität führen kann (vgl. Sachse, 2002: 19). Die Ich-Syntonie¹² der histrionischen Persönlichkeitsstörung ist hoch, d.h. sie wird von Betroffenen nicht als

¹¹ Unter Alienation versteht man ein Gefühl der Entfremdung des Individuums innerhalb eines sozialen Gefüges (vgl. <http://de.dict.md/definition/alienation> (abgerufen am 10.08.2011)). Bei Sachse wird damit noch mehr eine Entfremdung gegenüber dem eigenen Innenleben und Gefühlen beschrieben (vgl. Sachse, 2004: 51f).

¹² Die Ich-Syntonie beschreibt das Gefühl, dass das eigenen Verhalten, im Gegensatz zu der Sichtweise der Außenwelt, nicht normverletzend oder störend ist, sondern Teil der eigenen Persönlichkeit. Der Gegensatz dazu bildet die Ich-Dystonie (Herders Lexikon der Psychologie, 2007: 2262f).

Defizit sondern als Teil ihres Charakters gesehen. Histrioniker betrachten ihr Fehlverhalten nicht als solches, da negative Konsequenzen der Umgebung zugeschrieben werden. Aufgrund dieser Tatsache begeben sich Histrioniker eher selten in therapeutische Behandlung. Meist geschieht dies aufgrund von komorbiden¹³ Achse I-Störungen¹⁴, wie Depressionen oder Panikattacken (vgl. Sachse, 2006: 52).

1.3.4 Kommunikation

„Reden ist bei Hysterikern in vielen Fällen ein Mittel, um sich Erleichterung zu verschaffen, Erleichterung vor allem von der Angst, unbedeutend und wertlos zu sein“ (Röhr, 2010: 61). Damit beschreibt Röhr das zweitwichtigste Mittel nach dem äußeren Erscheinungsbild, das eingesetzt wird, um Aufmerksamkeit zu erlangen. Theatralik und Dramatisierung bilden den Kern des histrionischen Kommunikationsstils. Der Histrioniker inszeniert sich als Gesamtkunstwerk mithilfe von Mimik, Gestik, Stimmlage und Wortwahl. Seine Darstellungen sind überemotionalisiert und aufgebauscht, wodurch sie übertrieben und unecht wirken. Hauptadressat dieser Inszenierung ist der Persönlichkeitsgestörte selbst. Doch ist er auf ein Publikum angewiesen, das ihm die eigene Glaubwürdigkeit bestätigt.

Da der Interaktionspartner allein der Zustimmung dient, ist bei dieser Art der Kommunikation kein Austausch von Gedanken möglich (vgl. Mentzos, 2009: 124). Zwar spielt die Reaktion des Gegenübers eine entscheidende Rolle, doch nur insoweit sie keine offene Kritik beinhaltet. Die histrionische Persönlichkeit ist im Dialog nicht fähig, Desinteresse zu bemerken, da sie zu sehr mit der eigenen Befindlichkeit beschäftigt ist. Die Konsequenz ist eine stark egozentrische Außenwirkung, da das Gegenüber sich nicht beachtet fühlt. Auf Dauer fallen Gesprächspartnern die oberflächliche Konversationsgestaltung und ein nach außen

¹³ Komorbidität beschreibt „das gemeinsame Vorhandensein von zwei oder mehr Erkrankungen bei einer Person“ (Der Brockhaus Psychologie, 2008: 300).

¹⁴ Achse-I-Störungen sind laut DSM psychische Erkrankungen, die sich häufig schon sehr früh manifestieren wie z.B. frühkindlicher Autismus, Aufmerksamkeitsdefizitstörungen oder Phobien. Persönlichkeitsstörungen fallen laut DSM unter Achse-II-Störungen. (vgl. <http://www.wissenschaft-online.de/abo/lexikon/neuro/95> (abgerufen am 10.08.2011))

übersteigertes Selbstwertgefühl auf. Histrioniker fühlen sich intelligent und ihre fehlende Fähigkeit, mit Kritik umzugehen, führt nicht selten zu selbstgerechtem Verhalten und eskalierendem Streit (vgl. Röhr, 2010: 62f).

Der Interaktionspartner kann die Inszenierung aus verschiedenen Gründen durchschauen oder sich ihr verweigern. Entscheidend sind oft die Vernachlässigung jeglicher Logik und eine Launenhaftigkeit, die zu einer Ermüdung des Dialogpartners führen. Zum einen ist eine Diskussion auf dieser Basis nicht möglich und zum anderen ist die Gegenmeinung für den Histrioniker nicht von Interesse (vgl. Mentzos, 2009: 127).

Irritierend wirkt sich auch der impressionistische Sprachstil von Menschen mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung aus. Es besteht hier eine Tendenz dazu, Unwichtigem und Randmäßigem eine übertriebene Aufmerksamkeit zu schenken, was eine massive Undifferenziertheit zur Folge hat. Da die Fähigkeit, das große Ganze wahrzunehmen fehlt, kann eine Situation auch nicht in ihren Details bewertet werden. Der Hang zur Dramatisierung fördert diese mangelnde Differenzierungsfähigkeit zusätzlich, denn wo hauptsächlich in Superlativen erzählt wird, bleibt kein Raum für Nuancierungen mehr. Sprachlich schlägt sich dieses Verhalten in Form einer Benutzung von groben Kategorien, Unkonkretheiten und einer Hyperexpressivität nieder (vgl. Sachse, 2002: 57).

Histrioniker sind ausgesprochen suggestibel, also beeinflussbar durch ihr Gegenüber. Da sie zu affektiver Labilität neigen, kann sich auch durch nebensächliche Äußerungen ihres Gesprächspartners ihre Laune schlagartig ändern. Dies verstärkt den rasch wechselnden, oberflächlichen Gefühlsausdruck, wodurch sich das Gegenüber zusätzlich irritiert fühlt. Bei regelmäßigem Kontakt kommen somit zunehmend Zweifel an der Glaubwürdigkeit des Histrionikers auf. Werden diese von ihm registriert, sieht er sich erneuten Kränkungen ausgesetzt und reagiert oft übertrieben aggressiv. Menschen, die von dieser Persönlichkeitsstörung betroffen sind, können ihre Gefühle im Allgemeinen nicht situationsangepasst dosieren.

Die geschilderten Besonderheiten der Kommunikation erschweren den Kontakt und den Beziehungsaufbau, was sich besonders im professionellen Bereich bemerkbar

macht. In der klinischen Sozialarbeit kommt es mit Histrionikern zu Beratungssituationen, die besondere Kompetenzen erfordern.

2. Beratung in der Sozialen Arbeit

Beratung ist ein zentrales Element der Sozialen Arbeit. Überall dort, wo Probleme vorhanden sind oder vermieden werden sollen, kommt die Beratung zum Tragen. Entscheidend ist hierbei die Professionalität der sozialpädagogischen Beratung, denn selbst, wenn diese ebenso losgelöst von einem zeitlichen oder räumlichen Rahmen stattfinden kann, unterscheidet sie sich dennoch deutlich von einem Ratschlag im privaten Bereich.

2.1 Definition Beratung

Ein grundlegendes Merkmal professioneller Beratung ist das Bestreben, eine aktuelle Situation interventiv oder präventiv zu gestalten. Meist handelt es sich hierbei um mehrdimensionale Problemlagen, die mittels Beratung unter Zuhilfenahme materieller und immaterieller Ressourcen aufgelöst werden sollen (vgl. Pikowsky, 2009: 431). Nach Widulle ist es die Aufgabe der Sozialen Arbeit,

„zur Problemlösung nicht nur in kommunikativer Weise, sondern auch durch Interventionen (Ressourcenbeschaffung, Verhandlungen mit Ressourcenbesitzern und Bereitstellung eigener Ressourcen) beizutragen: Sie vermittelt auch Informationen, sachliche und materielle Leistungen, sie ermöglicht Finanzierungen, vermittelt an andere Einrichtungen, organisiert Platzierungen und setzt Rechtsansprüche und Urteile für und gelegentlich auch gegen Klienten durch. Beratungsgespräche in der Sozialen Arbeit finden häufig alltags- und lebensweltnah statt, in Institutionen, deren primärer Auftrag nicht Beratung, sondern Betreuung oder Begleitung ist“ (Widulle, 2011: 142).

Eine professionelle Beratung findet dann statt, wenn ihre Methodik auf empirisch fundierten Erkenntnissen zur speziellen Lage der Klienten beruht. Hierfür ist nicht nur das Erfahrungswissen des Beraters von Bedeutung, auch ein interdisziplinärer Blick

auf Konzepte aus Psychologie, Psychotherapie, Sozialwissenschaften etc. ist unabdingbar (vgl. Warschburger, 2009: 12).

Weitere charakteristische Merkmale der Beratung in der Sozialen Arbeit sind neben der Professionalität, Uneigennützigkeit, Erreichbarkeit, Nichtverstrickung und Vermittlungsmöglichkeiten bezüglich weiterer Hilfsquellen (vgl. Belardi, 2004: 39). Sind diese Grundbedingungen erfüllt, können inhaltliche Schwerpunkte bearbeitet werden.

Eine zentrale Bedeutung im Beratungsgespräch hat der Austausch von Informationen, der eine schlichte Faktenübermittlung übersteigt, da er ebenso der objektiven Rückmeldung, wie auch der praktischen Unterstützung dient (vgl. Belardi, 2004: 33).

2.2 Ziele der Beratung

Krause zufolge gliedern sich die Anlässe von Beratung in die drei Gruppen *Informationsbedarf*, *Inadäquate Belastung bzw. Entlastung* und *Prävention zur Verhinderung von antizipierten Problemen* (vgl. Krause, 2002: 28). Zusammenfassend sind die Gründe für eine Beratung also Information, Stabilisierung und Prävention. Diese Anlässe können in verschiedenen Arbeitsfeldern einzeln oder sich überschneidend auftauchen.

Ziel der Beratung ist es, die Selbsthilfekräfte des Klienten zu aktivieren und mit ihm gemeinsam Handlungskompetenzen zu erarbeiten, um ihm auch zukünftig Zugriff auf eigene Fähigkeiten zur Problemlösung zu ermöglichen. Im Rahmen dessen werden neue Sichtweisen und Bewertungsmöglichkeiten vermittelt, um eine „Verselbständigung der Betroffenen zu bewirken“ (Dörr, 2005: 98).

2.3 Definition der Beraterrolle

Um die genannten Ziele auf professionelle Weise erreichen zu können, bedarf es einer präzisen Definition der Beraterrolle. Der Berater muss seine Fähigkeiten aber auch seine Grenzen kennen und diese dem Klienten verständlich machen. Auf diese

Art können Defizite des Beraters erkannt und behoben werden, möglicherweise auch indem der Klient an einen für dessen Problem besser qualifizierten Berater weiterverwiesen wird, um dem Anspruch einer professionellen Beratung gerecht zu werden (vgl. Pikowsky, 2009: 448).

Entscheidend ist auch, die Haltung des Klienten korrekt einzuschätzen. Diese ist oftmals von Beratungsmodellen geprägt, die eine Problemlösung von Seiten des Beraters bieten. Der Klient geht von einer Situation aus, in der er eine Person bezüglich ihrer Fachkompetenzen aufsucht, sein Problem schildert und eine Lösung präsentiert bekommt. In der Sozialen Arbeit ist es an dieser Stelle wichtig, dem Klienten zu vermitteln, dass er selbst zur Lösung seiner Probleme finden muss. Der Berater steht ihm hierbei kompetent zur Seite, bietet aber keine Patentlösungen (vgl. Belardi, 2004: 81).

Der Berater muss professionelle Kompetenzen in unterschiedlichen Bereichen vorweisen. Margret Dörr zählt hierzu wissenschaftliche Kompetenz, Praxiswissen, affektive Kompetenz und Teamfähigkeit und bezieht sich hierbei speziell auf die Arbeit im psychiatrischen Umfeld. Die wissenschaftliche Kompetenz beinhaltet vielseitiges theoretisches Wissen aus den die Beratung betreffenden Themenbereichen, um einen multiperspektivischen Blickwinkel zu erlauben. Zu diesem theoretischen Wissen sollte sich ein umfassendes Praxiswissen gesellen, das neben der Möglichkeit des Fallverstehens auch den Zugriff auf lebensweltliche Aspekte ermöglicht. Die affektive Kompetenz beschreibt Dörr als die Fertigkeit, sich auf spezifische Problemlagen einlassen zu können und den Klienten wie auch sich selbst reflexiv zu beobachten. Unter Teamfähigkeit versteht sie nicht nur die Fähigkeit, mit anderen zusammenzuarbeiten, sondern auch das Geschick zur Organisation von Kontakten mit anderen Helfern (vgl. Dörr, 2005: 99).

Die Fähigkeiten des Beraters können in zwei Bereiche aufgeteilt werden: technische und persönliche Kompetenzen. Dabei versteht man unter technischen Kompetenzen angelernte Fertigkeiten wie Beratungstechniken, Kommunikationsstrategien, Problemlösefähigkeit oder diagnostische Kompetenzen. Dem gegenüber stehen persönliche Überzeugungen und ethische Vorstellungen. Der Berater muss andere akzeptieren und gleichzeitig an die Möglichkeiten zur Veränderung glauben, er sollte

vorurteilsfrei handeln und keine persönlichen Interessen verfolgen. Schlussendlich muss ihm bewusst sein, in welchem sozialen System sich der Klient befindet und dieses entsprechend einordnen können (vgl. Warschburger, 2009: 12f).

2.4 Beratung vs. Therapie

In der psychiatrischen Sozialarbeit können Beratungsgespräche leicht in therapeutische Situationen umschlagen. Es ist daher notwendig, die Beratung deutlich von der Therapie abzugrenzen. Ein Argument für diese Abgrenzung liegt in der rechtlichen Situation begründet, da die Bezeichnung *Berater* im Gegensatz zu der Bezeichnung *Psychotherapeut* nicht rechtlich geschützt ist. Berater können Personen aus verschiedenen Berufsgruppen sein, und Beratung kann in verschiedenen Kontexten stattfinden. So finden z.B. bei Anwälten, Medizinern oder auch Bankangestellten Beratungen statt, dabei handelt es sich dementsprechend um eine Rechtsberatung, eine Gesundheitsberatung oder eine Finanzberatung. Im Bereich der Sozialen Arbeit gibt es ebenso eine Vielzahl von verschiedenen Formen der Beratung, wie z.B. Schuldnerberatung oder Drogenberatung. Psychotherapeuten jedoch sind an eine bestimmte Ausbildung, also ein entsprechendes Studium mit anschließender Ausbildung zum Psychotherapeuten und damit an das Psychotherapeutengesetz gebunden (vgl. Hinz, 2008: 88ff).

Dementsprechend unterscheiden sich auch die Erwartungen der Klienten bzw. der Patienten. Die Beratung wird aufgrund einer akuten Problemsituation aufgesucht, diese soll in einem möglichst begrenzten Zeitrahmen bearbeitet werden. In der Therapie hingegen geht es um chronische Probleme und es wird eine Persönlichkeitsänderung oder eine dauerhafte Änderung von bestimmten Verhaltensweisen angestrebt. Demzufolge kann eine Therapie auch über einen längeren Zeitraum hinweg stattfinden (vgl. Hinz, 2008: 88ff). Eilles-Matthiesen erklärt dies folgendermaßen:

„Bei der Psychotherapie [...] ist der Leidensdruck der Klienten oft größer, die Lebensqualität zum Beispiel aufgrund von Depression oder Sucht eingeschränkt. Dies erfordert häufig eine tiefere Bearbeitung der dahinterstehenden Problematik, die - je nach Ausrichtung eines Psychotherapeuten -

die Aufarbeitung der lebensgeschichtlichen Entwicklung oder ‚nur‘ eine systematische Analyse und Veränderung dysfunktionaler Denk- und Handlungsstile beinhalten kann“ (Eilles-Matthiesen, 2005: 18).

Beratung im psychiatrischen Bereich muss allerdings immer auch psychologisches Hintergrundwissen berücksichtigen. Der Berater muss sich mit der Diagnose des Klienten auseinandersetzen, um entsprechende Situationen richtig bewerten zu können und dem Klienten eine vertrauensvolle Basis zu ermöglichen. Auch in der Beratung werden biographische Hintergründe berücksichtigt, stellen aber nicht wie in der Therapie das zentrale Element dar. Letztlich hat auch die Beratung eine therapeutische Funktion, da auch sie die dauerhafte Bewältigung von Problemlagen anstrebt, allerdings muss der Berater sich seiner Grenzen und seines Rollenbildes bewusst sein (vgl. Dörr, 2005: 98). Eine Absprache mit anderen Berufsgruppen im Team oder darüber hinaus ist notwendig und hilft diese Grenzen zu wahren.

3. Notwendigkeit eines spezifischen Beratungskonzepts

Im Gegensatz zur Psychologie, die sich auf bestimmte Strömungen und Therapieformen bezieht, gibt es in der klinischen Sozialarbeit nur wenige spezifische Beratungskonzepte. Dies lässt sich auf das enorm breit gefächerte Arbeitsfeld der Beratungstätigkeit in der Sozialen Arbeit zurückführen. Abhängig von der Hochschule und dem Lehrplan kann es passieren, dass bestimmte sozialpädagogische Arbeitsbereiche nur unzureichend oder gar nicht vorgestellt werden. Umso wichtiger ist es für Sozialarbeiter, sich fachlich weiterzubilden, um ein Maximum an Professionalität in die Soziale Arbeit einzubringen.

3.1 Soziale Arbeit im Bereich Psychiatrie

Psychiatrisches Fachwissen ist für die Arbeit mit psychisch kranken Klienten unabdingbar. Besonders im Handlungsfeld Beratung sollte pädagogisch-psychologische Expertise erworben und eingebracht werden (vgl. Pikowsky, 2009: 430). Crefeld weist in diesem Rahmen auf die oben genannte Problematik der sozialpädagogischen Ausbildung hin. Die Erwartungen an ausgebildete Sozialarbeiter sind ihm zufolge deshalb so niedrig, da auch nach Studienabschluss

kein psychiatrisches Wissen vorausgesetzt werden kann. Dabei spielt gerade in der Psychiatrie Multiprofessionalität eine zunehmend wichtige Rolle. Mit Hilfe der unterschiedlichen Mitarbeiter, die in diesem Bereich tätig sind, können wichtige neue Perspektiven erarbeitet werden. Hier kann auch die Soziale Arbeit einen wichtigen Teil beitragen, vorausgesetzt auch sie verfügt über das dafür notwendige Fachwissen (vgl. Crefeld, 2002: 4f).

Einer der großen Vorteile Sozialer Arbeit ist ihre Fähigkeit einer systemischen Betrachtungsweise, die nicht nur die medizinische Seite miteinbezieht, sondern auch die Lebensbedingungen der Klienten und ihren Einfluss ins Auge fasst. Von dieser biopsychosozialen Sichtweise können die Klienten, ebenso wie das multiprofessionelle Team, profitieren (vgl. Geißler-Piltzeitet, 2004: 32).

Neben dem fachlichen Basiswissen brauchen Sozialarbeiter Handlungskonzepte und Kompetenzen, die die größtmögliche Unterstützung von psychisch Kranken im Arbeitsfeld der Beratung ermöglichen.

3.2 Die therapeutische Funktion Sozialer Arbeit

Für die Patienten in psychiatrischer Betreuung ist eine klar ersichtliche Struktur notwendig. Dazu gehört nicht nur eine Planung des zeitlichen und räumlichen Ablaufs, sondern auch ein stringentes Verhalten des Fachpersonals. Obwohl die Therapiesitzungen das Zentrum der Behandlung bilden, verbringen die Patienten die meiste Zeit mit Pflegepersonal, Sozialarbeitern oder Ergotherapeuten. Hier finden Beobachtungen statt, treten Konflikte auf und werden somit Probleme in Alltagssituationen zeitnah geklärt. „Professionelle Helfer [...] unterstützen die Therapie, indem sie den Klienten mit einer zugewandten und verständnisvollen Grundhaltung in Alltagssituationen mit den Kosten seiner Handlungen konfrontieren“ (Sachse, 2010: 54).

Die Themen, die mit den Sozialarbeitern besprochen werden, sind oft besonders prekär. Hier handelt es sich häufig um Probleme mit Behörden, um Geldnöte oder andere lebenspraktische Dinge, schambehaftete Inhalte also, die meist im Zusammenhang mit der Erkrankung stehen. In einer solchen Situation ist abermals

psychiatrisches und beraterisches Fachwissen gefragt, um die entscheidenden Tatsachen zu erfahren und konstruktiv mit dem Klienten zu arbeiten. Hierfür und für eine nachhaltige Zusammenarbeit im Team sind Handlungskonzepte hilfreich.

3.3 Funktionen eines Beratungskonzeptes für Histrioniker

Ein Konzept für die Beratung von Klienten mit histrionischer Persönlichkeitsstörung soll nicht den einengenden Charakter einer Handlungsanweisung haben. Dem Berater soll vielmehr die Möglichkeit geboten werden, auf Techniken zurückzugreifen, die in schwierigen Situationen Hilfe bieten. Gleichzeitig können auch bewährte Beratungskonzepte miteinbezogen werden, zwei davon werden im Folgenden als besonders passend beschrieben. Zum einen die klientenzentrierte Beratung, als ein Konzept, das dem Berater ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen abverlangt und zum anderen die lösungsorientierte Beratung, die sehr strukturiert arbeitet.

Entscheidend sind für dieses Beratungskonzept die genauen Kenntnisse der psychiatrischen Erkrankung. Durch die intensive Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild bietet sich ein Bezugsrahmen zur Einschätzung des Verhaltens und Erlebens des Klienten. Der Berater kann auf diese Weise besser verstehen, welche Sicht sein Klient vertritt und Missverständnissen vorbeugen. Kommunikative Strategien, die der Verstärkung der histrionischen Schemata dienen, können vom Berater erkannt werden und somit kann entsprechend effektiv interveniert werden (vgl. Rechten, 2004: 23f). Hierbei kann der Berater die Therapiearbeit fördern und vermeidet inkonsequentes und den Klienten verwirrendes Verhalten. Er kann in Absprache mit dem Team und speziell dem zuständigen Therapeuten eine klare Linie verfolgen.

4. Beratung von Klienten mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung

Im Umgang mit psychisch kranken Klienten ist es von großer Wichtigkeit, sich seines eigenen Menschenbildes bewusst zu sein. Die subjektive Sichtweise hat ebenso wie religiöse oder politische Einstellungen einen enormen Einfluss auf die Art der Kommunikation und Gesprächsgestaltung (vgl. Widulle, 2011: 45). Ein tendenziell

negativ geprägtes Menschenbild führt schnell zu konfrontativen Situationen, der Klient wird defizitorientiert betrachtet und möglicherweise sogar abgelehnt. Menschen mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung reagieren ausgesprochen empfindsam auf diese Sichtweise. Sinnvoller sind hier Sichtweisen aus der humanistischen Psychologie. Der Berater sollte davon ausgehen, dass dem Gespräch der Wunsch des Klienten nach einer positiven Veränderung zugrunde liegt, der Klient also gewillt ist, an seinen Problemen zu arbeiten.

Der Klient befindet sich bereits in einem psychiatrischen Kontext, in dem seine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde. In diesem Kontext finden therapeutische Maßnahmen statt, mit deren Hilfe er sich seiner Verhaltensweisen bewusst wird und diese entsprechend einzuordnen lernt. Er befindet sich in einem Prozess der Selbsterkenntnis. Gerade in dieser verletzlichen Lebenslage muss es dem Berater möglich sein, sich ein vorurteilsfreies Bild von seinem Klienten zu machen. Widulle fasst diesbezüglich zusammen:

„Wenn sich die Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession auf der Basis der UNO-Menschenrechtsdeklaration bezeichnet (Staub-Bernasconi 2003, 17ff; 2007, 193f), sind damit bereits Menschenbildannahmen gemacht: Menschenwürde, persönliche Freiheiten, Gleichberechtigung, Selbstverwirklichung und Solidarität, Gerechtigkeit und soziale Rechte.“
(Widulle, 2011: 46)

Dementsprechend ist es wichtig, sich an diesem Menschenbild zu orientieren. Besonders im Bereich der Psychiatrie wird diese Orientierung allerdings stark erschwert. Eine Beratung sollte auf freiwilliger Basis stattfinden, d. h. der Klient sollte sich mit seinem Problem aus eigenem Antrieb an den Berater wenden. Belardi weist hier darauf hin, dass es in der Psychiatrie als *totaler Institution*¹⁵ auch Situationen

¹⁵ Der Begriff „Totale Institution“ stammt von dem US-amerikanischen Soziologen Erving Goffman. Dieser fasst unter diesem Oberbegriff Institutionen wie Gefängnisse, Psychiatrie oder Kloster zusammen, die alle bestimmten Gemeinsamkeiten obliegen. Unter anderem die extremen Machtverhältnisse, die sich durch das ungleiche Verhältnis von Personal und Insassen ergeben. Die Insassen, die ihren vollständigen Alltag in der Institution verbringen, begeben sich damit in ein starkes Abhängigkeitsverhältnis zum Personal. Goffman ist der Meinung, dass auch das Selbstbild der

gibt, beispielsweise Aufnahme-, Entlassungs- oder Vermittlungsgespräche, in denen der Klient zu einer Beratung genötigt wird, die er freiwillig nicht in Anspruch genommen hätte (vgl. Belardi, 2004: 42). Hierbei spielt auch das *Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten* (PsychKG)¹⁶ eine wichtige Rolle. Neben der Möglichkeit sich freiwillig in Behandlung zu begeben, gibt es auch Situationen in denen die Gefahr einer Selbst- oder Fremdgefährdung besteht und der psychisch Kranke auch gegen seinen Willen in die Psychiatrie eingewiesen werden kann. Gleichzeitig regelt dieses Gesetz aber auch einen Anspruch auf psychosoziale Beratung, die dem psychisch Kranken zusteht (vgl. Hamburgisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG) vom 27. September 1995 <http://www.landesrecht.hamburg.de/jportal/portal/page/bshaprod.psml?showdoccase=1&doc.id=jlrPsychKGHApG1&doc.part=X&doc.origin=bs&st=lr> (abgerufen am 11.08.2011)).

Auch die persönlichen Freiheiten des Klienten sind möglicherweise eingeschränkt. Droht beispielsweise der Verlust der Wohnung oder eine Pfändung, muss der Klient oft auch entgegen seines persönlichen Willens zum Handeln gebracht werden. Auch eine gesetzliche Betreuung kann hier indiziert sein oder bereits vorliegen. Obwohl die persönliche Freiheit des Klienten damit beeinträchtigt wird, muss dennoch primär für die Befriedigung seiner Grundbedürfnisse gesorgt werden. Nach Möglichkeit sollten ein Platz zum Wohnen, ebenso wie finanzielle Mittel zum Lebensunterhalt stets gesichert sein. Ein Sozialarbeiter ist immer dazu angehalten hier die bestmögliche Balance zwischen den Freiheiten und Wünschen des Klienten und dessen körperlichem und seelischem Wohl zu finden.

Insassen von diesen Machtverhältnissen bestimmt wird (vgl. Almut Zwengel: Goffman und die Macht - Chancen zur Thematisierung des Nichtthematisierten http://www.fh-fulda.de/fileadmin/Fachbereich_SK/Professoren/Zwengel/Goffman_und_die_Macht_01.pdf (abgerufen am 26.08.2011))

¹⁶ Das „Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“ regelt die Ansprüche psychisch kranker Menschen auf Hilfen aber auch die Bedingungen einer zwangsweisen Unterbringung in der Psychiatrie (vgl. Hamburgisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG) vom 25. September 1995 <http://landesrecht.hamburg.de/jportal/portal/page/bshaprod.psml?nid=1&showdoccase=1&doc.id=jlr-PsychKGHApIVZ&st=lr> (abgerufen am 26.08.20011))

Ausgehend von der Freiwilligkeit des Angebotes, der Ressourcenorientierung und des zugrundeliegenden Menschenbildes sind die Ausgangspunkte für dieses Beratungskonzept der klientenzentrierte Ansatz von Rogers und die Problemorientierte Beratung.

4.1 Klientenzentrierte Beratung

Belardi beschreibt die Grundsätze der Klientenzentrierten Beratung nach Carl Rogers als die „Basisvariablen der Beratungsbeziehung“ (Belardi, 2004: 50), denn sie sind vielseitig anwendbar und wirken vertrauensfördernd auf den Klienten. „Das Konzept der Klientenzentrierten Beratung geht davon aus, dass jedem Menschen die existenzielle Tendenz angeboren ist, alle seine Kräfte und Fähigkeiten im jeweiligen sozialen Kontext zu entfalten“ (Ellinger, 2010: 31). Die Beratungsbeziehung wird mit Hilfe der Gesprächstechnik intensiviert und ein besonderes Vertrauensverhältnis aufgebaut. In diesem geschützten Rahmen kann der Klient einen besseren Zugang zu seinen eigenen Emotionen aufbauen. Auf konkrete Ratschläge wird bei dieser Form der Beratung bewusst verzichtet, denn der Klient soll seine eigene Problemlösungsfähigkeit aktivieren und ausschöpfen. Auf diese Weise wird eine Selbsteinsicht bezüglich der Ursachen seiner Probleme ermöglicht und damit auch die Fähigkeit, zukünftig Fehlhandlungen zu vermeiden. Die Grundsäulen der Klientenzentrierten Beratung bilden Empathie, Akzeptanz und Authentizität.

Empathie bedeutet nach Rogers, die Fähigkeit zu haben, sich in den Klienten und seine Gefühlswelt einzufühlen, dessen Emotionen nachfühlen zu können und die Möglichkeit der persönlichen Abgrenzung zu haben. Diese Art der Einfühlung unterscheidet sich eindeutig von Sympathie oder kritikloser Übereinstimmung, denn die nachempfundenen Gefühle des Klienten müssen klar von den Erfahrungen und dem Erlebten des Beraters trennbar sein (vgl. Belardi, 2004: 50). Die Empathie des Beraters muss für den Klienten spürbar sein, er soll sich verstanden fühlen und so die notwendige Offenheit bezüglich seiner Emotionen aufbringen können.

Als Akzeptanz wird die bedingungslose positive Wertschätzung bezeichnet, die der Berater dem Klienten entgegenbringen soll. Der Klient wird so angenommen wie er ist, unabhängig von seinem Verhalten und seinen Äußerungen. Der Berater muss

fähig sein, ihm ohne Wertung gegenüberzutreten und zuzuhören. Er drückt seine Wertschätzung auch verbal aus, allerdings entsprechend dem Inhalt des Gesprächs. Negative Schemata werden zwar wertfrei zur Kenntnis genommen, aber nicht bestärkt, wohingegen positiven Äußerungen und Entwicklungen mit ausgedrückter Wertschätzung begegnet wird. Der Berater kann inhaltlich anderer Meinung sein und dies auch artikulieren, allerdings stets so, dass dem Klienten klar ist, dass ihre Beziehung davon nicht beeinträchtigt wird (vgl. Weinberger, 2011: 45f).

Hierbei spielt wiederum die Authentizität eine entscheidende Rolle. Hat der Berater den Mut, Dinge so auszusprechen, wie er sie selber sieht, kann er die Grundlage für eine vertrauensvolle Kommunikation schaffen, denn dann ist er für den Klienten transparent (vgl. Belardi, 2004: 52). Diese *Echtheit* kann allerdings nicht erlernt werden, sie wird erst durch persönliche Weiterentwicklung möglich. Kennt der Berater sich selbst und ist sich seiner Schwächen und Stärken bewusst, so kann er auch kongruente Nachrichten an den Klienten vermitteln. Er ist glaubwürdig und seine Kommunikation stimmig (vgl. Schulz von Thun, 2008: 122).

Ein wichtiges Mittel um diese Stimmigkeit der Kommunikation zu erreichen, ist das aktive Zuhören. Hierbei konzentriert sich der Berater intensiv auf den Klienten. Er hört nicht nur, was dieser ihm erzählt, sondern nimmt genauso die Gestik und Mimik seines Gegenübers wahr. Wichtig ist es an dieser Stelle auch auf Details zu achten. Tonfall, Tempo und Sprechpausen können Aufschluss über die emotionale Verfassung des Klienten geben. Auch auf mögliche Widersprüchlichkeiten von verbaler und nonverbaler Äußerung muss der Berater genau achten (Weinberger, 2011: 54f).

Wenn der Berater auf diese Weise den transportierten Inhalt erfasst hat, kann er diesen zusammenfassen. Er *paraphrasiert* oder *spiegelt* den Inhalt sinngemäß, d.h. er wiederholt in seinen Worten das vom Klienten Gesagte. Entscheidend hierbei ist es die Zusammenhänge deutlich zu machen. Der Berater überprüft so, ob er selbst die Schilderungen und Emotionen des Klienten richtig verstanden hat, hilft aber gleichzeitig auch dem Klienten, sich der eigenen Empfindungen bewusst zu werden.

4.1.1 Klientenzentrierte Beratung bei Klienten mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung

Wie oben dargelegt sind die Basisvariablen Empathie, Akzeptanz und Authentizität für die Beratung von Klienten mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung besonders geeignet. Berater stoßen bei solchen Klienten oftmals schnell an ihre Grenzen, da diese ein sehr auffälliges und im Beratungskontext anstrengendes Verhalten an den Tag legen. Bei dem Berater kann dieses Auftreten zu Abneigung und Ungeduld führen, wenn er die Ursachen nicht hinterfragt.

Empathisches Zuhören erweist sich in diesem Kontext als hilfreich, da es dem Berater ermöglicht, auf den Klienten einzugehen, ohne die gefühlsbetonte Gestik und Mimik als theatralisch zu betrachten. Er versetzt sich in die Situation des Klienten und betrachtet die geschilderte Problematik aus dessen Sicht. Somit kann er ganz unvoreingenommen zuhören und nachempfinden, was der Klient ihm berichtet. Der Klient fühlt sich in dieser Situation ernst- und wahrgenommen und kann darauf verzichten, sein theatralisches Verhalten zu verstärken.

Durch das Spiegeln bzw. Paraphrasieren, können Unstimmigkeiten oder Übertreibungen weitgehend ausgeräumt werden. Der Klient kann sich auf den Kern seines Problems konzentrieren, da er auf das eigentliche Thema seiner Erzählung zurückgebracht wird.

Um eine vertrauensvolle Basis aufzubauen, muss der Berater den Klienten uneingeschränkt akzeptieren, auch wenn dessen Verhaltensweisen für ihn schwer nachvollziehbar sein mögen oder die Meinungen des Klienten nicht den seinen entsprechen. Die von Rogers beschriebene positive Wertschätzung hilft gleichermaßen, dem Klienten das für ihn essentielle Gefühl der Wichtigkeit zu geben und ihm damit die nötige Aufrichtigkeit zu ermöglichen, auch über unangenehme Themen sprechen zu können.

Die Authentizität des Beraters trägt ebenfalls zu einer für den Klienten hilfreichen Atmosphäre bei. Der Berater verhält sich auch in Gestik und Mimik kongruent und sendet keine widersprüchlichen Signale, die zu Irritationen führen. Sein Verhalten und die Beratungssituation werden dadurch weitgehend transparent und der Klient ist

somit kognitiv in der Lage, beides richtig zu deuten. Kongruentes Verhalten beinhaltet auch die Äußerung von Kritik, die allerdings auf einer rationalen Ebene stattfinden sollte, ohne den Klienten und seine Persönlichkeit anzugreifen. Gelingt dies, bietet diese Rückmeldung eine Chance, auf persönlichkeitsbedingte Interaktionsprobleme aufmerksam zu machen, welche dem Klienten häufig selbst nicht bewusst sind.

4.2 Problemzentrierte Beratung

Die Problemzentrierte Beratung bietet die Möglichkeit, der Klientenzentrierten Beratung weitere Blickwinkel hinzuzufügen. Auf den ersten Blick scheinen diese beiden Beratungskonzepte nicht miteinander vereinbar, da sie zwei ganz unterschiedliche Aspekte im Fokus haben. Während sich in der Klientenzentrierten Beratung das Hauptaugenmerk auf das Gegenüber und dessen Emotionen richtet, konzentriert sich die Problemzentrierte Beratung auf die Schwierigkeiten des Klienten. Im psychiatrischen Arbeitsfeld bedingt jedoch das eine häufig das andere, und es wäre sinnvoll, je nach Sachlage den Beratungsschwerpunkt zwischen den beiden Ansätzen entsprechend auszubalancieren.

Für die Problemzentrierte Beratung ist eine grundlegende psychosoziale und biographische Anamnese notwendig. Im psychiatrischen Bereich kann diese meist mit Hilfe der Akteneinsicht durchgeführt werden, bevor der Klient zum Beratungstermin erscheint. Unklarheiten können im Laufe des Gesprächs oder in Rücksprache mit dem Team geklärt werden. Im persönlichen Kontakt schildert der Klient seine aktuellen Probleme. Dieses Gespräch dient Berater und Klient gleichermaßen als erste Analyse der Situation und bietet so die Möglichkeit zur weiteren Strukturierung der Problembereiche. Das Problem, das am dringlichsten, besonders belastend oder auch besonders leicht zu lösen ist, wird in den Mittelpunkt gerückt und separat angegangen.

Klient und Berater erarbeiten gemeinsam eine genaue Definition der Problematik und lokalisieren Lösungsstrategien und Lösungsbarrieren, um ein Handlungsziel zu formulieren. Ebenso bedarf es einer Analyse der Ursachen, um mögliches problemrelevantes Verhalten thematisieren zu können. Die Ressourcen und

Grenzen des Klienten bilden trotz der problemfokussierten Sichtweise einen Schwerpunkt der Beratung. Die Schritte zur Lösung werden mit Hilfe klarer Zieldefinitionen festgelegt, dabei wird die zuvor erarbeitete Handlungsstrategie verfolgt. Feste Absprachen bieten hierfür einen unterstützenden Rahmen (vgl. Bosshard, 1999: 325f).

4.2.1 Problemzentrierte Beratung bei Klienten mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung

Klienten mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung haben immense Schwierigkeiten ihre Probleme sachlich und konkret zu schildern. Ursächlich hierfür sind ihr Hang zur Dramatisierung, Theatralik und der vage Stil ihrer Ausführungen. Konsequenz dieses Kommunikationsstils ist eine hochgradig unstrukturierte Darstellung, der häufig weder Faktenlage noch Problemgewichtung zu entnehmen sind (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 2009: 108).

Diese Problematik widerspricht zwar dem Konzept der Problemzentrierten Beratung, doch gleichzeitig liegt hier auch ein enormes Veränderungspotential für den Klienten. Der Klient der psychiatrischen Sozialarbeit hat gewöhnlich bereits Therapieerfahrung und arbeitet daran seine Schilderungen sachlicher und strukturierter zu gestalten. Der Berater kann und sollte diesen Prozess aktiv unterstützen, zumal eine gründliche Problemanalyse für eine effektive Beratung unabdingbar ist. Die Problemzentrierte Beratung bietet dem Berater und dem Klienten darüber hinaus die Chance, gemeinsam an Lösungsmöglichkeiten zu arbeiten. Der Klient ist also aufgefordert, nach Lösungen für sein Anliegen zu suchen, bleibt aber dabei nicht ganz auf sich allein gestellt. Er übernimmt eine aktive Rolle, ohne sich wie gewohnt in eine Opferhaltung zu flüchten und kann durch die Hilfestellung des Beraters seine Probleme klarer erkennen und ordnen. Damit kommt er gleichzeitig einem wichtigen Therapieziel näher: dem Wechsel vom impressionistischen zum problemfokussierten Denkstil (vgl. Beck, 1999: 192).

4.3 Struktur eines Beratungsgesprächs

Ein Beratungsgespräch sollte dem Anspruch eines systematischen Ablaufs genügen, was gerade bei Klienten mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung von großer Wichtigkeit ist. Andernfalls besteht die Gefahr, dass am Ende der Beratung klare Absprachen ausbleiben, da das Problem nicht erfasst werden konnte und damit auch keine Lösungsmöglichkeiten erarbeitet werden konnten. Um eine ausufernde Erzählung des Klienten zu vermeiden, ist es sinnvoll den Gesprächsverlauf in mehrere Phasen zu unterteilen, die dabei helfen sollen, zu einer strukturierten Problemanalyse zu finden. Zu Beginn sollte beim ersten Kontakt, die Situation grundsätzlich geklärt werden, bevor das eigentliche Thema ermittelt wird. Das Problem wird analysiert und daraufhin ein konkretes Ziel bestimmt. Ein Handlungsplan hilft schließlich bei der Erreichung desselben. Am Ende steht ein abschließendes Gespräch, um Erfolge der Beratung zu ermitteln.

Anhand des folgenden Fallbeispiels lassen sich die einzelnen Schritte des Beratungsgesprächs verdeutlichen. Es handelt sich dabei um die gekürzte Fassung eines Beratungsgesprächs aus der tagesklinischen Praxis.

Fallbeispiel:

Frau W. ist Patientin in einer psychiatrischen Tagesklinik. Sie ist 64 Jahre alt, geschieden und hat zwei erwachsene Kinder. Bis zu ihrer kürzlichen Pensionierung hat sie als Gymnasiallehrerin gearbeitet. Bisher war sie noch nie in psychiatrischer Behandlung. In die Tagesklinik ist sie auf Anraten ihres Hausarztes gekommen. Sie klagte über ständige Müdigkeit, Schlafschwierigkeiten und ein Gefühl der Ruhelosigkeit. In tagesklinischer Behandlung wurde bei ihr eine histrionische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert.

4.3.1 Kontakt/Situationsklärung

Am Anfang des Gesprächs steht die Begrüßung und damit der erste Eindruck, den sowohl der Klient als auch der Berater gewinnt. In dieser Situation ist es wichtig, dass

der Berater ganz bei der Sache ist, und er sich dem Klienten mit seiner vollen Aufmerksamkeit widmen kann. Um dies zu gewährleisten und dem Gespräch einen professionellen Rahmen zu geben, sollte nach Möglichkeit ein Termin festgelegt werden. Der Berater hat so die Möglichkeit, sich mit Hilfe von Krankenakten oder Gesprächen im Team ein Bild von seinem Klienten und dessen Lebenssituation zu machen. Gerade für Klienten mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung ist es wichtig, die volle Aufmerksamkeit des Beraters zu bekommen, um sich wahrgenommen zu fühlen. Nur so kann die übliche Überdramatisierung und Theatralik überwunden und die größtmögliche Offenheit erreicht werden.

Gleichzeitig kann so auch unangemessenes Verhalten begrenzt werden. Der Klient muss sich an einen festen Termin halten und hat somit nicht die Möglichkeit den Berater von anderen Tätigkeiten oder Gesprächen mit anderen Klienten abzuhalten oder diese zu unterbrechen. Auf diese Weise lernt er, dass auch er sich an feste Regeln halten muss, wie jeder andere und dennoch ernstgenommen wird und den nötigen Raum bekommt. Sinnvoll ist es an dieser Stelle klarzumachen, wie viel Zeit für die Beratung zur Verfügung steht. Der Anfang und das Ende des Gesprächs stehen fest und der Klient kann sich mit seinen Schilderungen dem zeitlichen Rahmen anpassen.

Der Berater und der Klient sollen sich in dieser Gesprächsphase kennenlernen, das eigentliche Gesprächsthema kommt noch nicht zum Tragen. Einen losen Einstieg in das Gespräch bieten einfache Fragen. Beim ersten Kontakt mit einem Klienten kann beispielsweise eine Schilderung der Lebensumstände einen guten Einstieg ins Gespräch darstellen. Wenn der Klient eher unzugänglich wirkt, könnte eine Frage nach der Zufriedenheit des Klienten mit der aktuellen therapeutischen oder sozialpädagogischen Einrichtung oder Betreuung im Vordergrund stehen. Bei Klienten zu denen der Berater bereits persönlichen Kontakt hatte ist es sinnvoll, Fragen nach der aktuellen Befindlichkeit des Klienten oder seinen Aktivitäten des Tages zu stellen. Wichtig ist es, den Klienten erst einmal im Gespräch ankommen zu lassen bevor unangenehme Themen angesprochen werden. Dadurch ist der Berater bereit zum sogenannten *Joining*¹⁷, d.h. er stellt sich auf den Klienten emotional ein

¹⁷ „Joining“ ist ein Begriff aus der systemischen Therapie, der ein Arbeitsbündnis mit dem sozialen und familiären Umfeld beschreibt (vgl. <http://www.psychology48.com/deu/d/joining/joining.htm> (abgerufen

und stellt Rapport her, lässt sich also auf dessen verbale und nonverbale Kommunikation ein. Hierfür wird der Klient genau beobachtet, um seine aktuelle Stimmungslage zu erkennen. Sprechart, Gestik und Mimik werden erfasst, um sich in die Persönlichkeit einfühlen zu können. Dies ermöglicht es dem Berater, eine vertrauensvolle Beziehung zu seinem Klienten aufzubauen und ihm einen einfachen Einstieg ins Thema zu ermöglichen. Gleichzeitig kann mit Hilfe dieser Beobachtung festgestellt werden ob der Klient seine Körpersprache komplementär oder kongruent zu seinen Ausführungen einsetzt und inwieweit sein Verhalten den Eindrücken von anderen Teammitgliedern entspricht (vgl. Widulle, 2011: 146).

Fallbeispiel:

Frau W. hat einen Termin für die sozialpädagogische Sprechstunde in ihrer Tagesklinik ausgemacht. Sie erscheint pünktlich, ist geschmackvoll und sehr körperbetont gekleidet und hat ein auffällig jugendliches Auftreten.

Frau W.: „Guten Tag! Wir haben einen Termin.“

Sozialarbeiterin: „Guten Tag Frau W., wir kennen uns noch nicht, ich bin Frau K., die Sozialarbeiterin der Tagesklinik.“

Frau W.: Guten Tag, Frau K..“

Sozialarbeiterin: „Da Sie heute das erste Mal in meiner Sprechstunde sind, wäre es schön, wenn Sie mir ein wenig von Ihnen erzählen. Zum Beispiel wie sie in die Tagesklinik gekommen sind und wie es Ihnen hier gefällt.“ ...

In diesem Fallbeispiel nimmt die Sozialarbeiterin zuerst das Aussehen, die Aufmachung und das Auftreten der Klientin wahr. Sie versucht sich einen ersten persönlichen Eindruck zu verschaffen. Die Sozialarbeiterin begrüßt die Klientin und stellt sich vor. Dann versucht sie einen Einstieg in das Gespräch herzustellen, um mehr über die aktuelle Stimmung der Klientin zu erfahren. An dieser Stelle besteht auch die Möglichkeit der Klientin die sozialpädagogische Beratung und ihr

am 12.08.2011)). In der Beratung beschreibt „Joining“ die Begrüßung und das emotionale Einschwingen auf den Klienten (vgl. Widulle, 2011: 146).

Aufgabenfeld kurz darzulegen. Wichtig ist es, die Klientin hier erst ankommen und erzählen zu lassen, bevor in die konkrete Problematik eingestiegen wird.

4.3.2 Thema ermitteln

Nun steht der Berater vor der Herausforderung das Gesprächsthema zu ermitteln, was sich, wie schon oben beschrieben, nicht immer einfach gestaltet. Neben inhaltlichen Anliegen werden aber auch die Erwartungen des Klienten thematisiert und Gesprächsziele bestimmt. Zuerst sollte der Klient sein Anliegen selbst vorbringen und die Problemsituation schildern. Der Berater kann mit offenen Fragen einen angenehmen Einstieg ins Gespräch bieten und dem Klienten ein Gefühl von Wichtigkeit geben, womit ein zentrales Schema der histrionischen Persönlichkeitsstörung erfüllt wird (vgl. Widulle, 2011: 147).

Für Klienten mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung ergeben sich nun erhebliche Probleme, da sie ihre Aufmerksamkeit nicht auf ein einzelnes Thema fokussieren können. Die Schilderung ist folglich häufig wirr und nicht chronologisch. Daher muss der Berater an dieser Stelle relativ früh eingreifen und dem Klienten bei der Strukturierung behilflich sein. Dabei muss der Klient sich stets ernst genommen fühlen, weshalb er nicht abrupt unterbrochen werden sollte. Besser ist es durch gezielte Nachfragen Interesse zu signalisieren und gleichzeitig den Klienten die Möglichkeit einer systematischen Schilderung zu geben. Auf diese Weise kommt es zu mehr Konkretheit in der Schilderung und der Klient kann die Bedeutung des Erzählten besser einordnen. Gleichzeitig kann so die Aufmerksamkeit des Klienten gebunden werden, was nicht nur der Beratung zuträglich ist. Auch während allen therapeutischen Angeboten kann der Klient diese Fähigkeit einsetzen und so seine Konzentration besser fokussieren. (vgl. Beck, 1999: 194).

Belardi zufolge ist es an dieser Stelle des Gesprächs wichtig, einen Bezug zur Gegenwart herzustellen, da Menschen in Problemsituationen dazu neigen, weiterhin Muster der Vergangenheit zu verfolgen oder sich in die Zukunft zu träumen. Dabei fehlen die Akzeptanz der aktuellen Situation und somit auch die Veränderungsmotivation von Seiten des Klienten. Nur wenn der Klient die aktuelle

Lage klar und deutlich sieht, ist er auch fähig, gegenwärtige Probleme zu lösen (vgl. Belardi, 2004: 52f).

Fallbeispiel:

Sozialarbeiterin: „Wie kann ich Ihnen helfen?“

Frau W.: „Es geht um meine Mama. Sie ist 98 Jahre alt, hatte immer einen gut verdienenden Mann, alle sind für sie immer gesprungen und jetzt klebt alles an mir. Sie ist sehr fordernd...“

Sozialarbeiterin: „Was meinen Sie mit fordernd?“

Frau W.: „Sie macht Telefonterror! Ab 8.00 Uhr morgens geht es los, ich habe noch nicht mal meinen Kaffee getrunken und ich bin ja auch nicht mehr die Jüngste, habe schon mein drittes Hüftgelenk, aber meine Mutter hat dafür kein Verständnis...“

Sozialarbeiterin: „Kümmern Sie sich ganz allein um ihre Mutter?“

Frau W.: „Es gibt eine private Betreuung zweimal in der Woche. Allerdings kommt die Dame nur wenn es ihr gerade passt. Die ist unzuverlässig und ich muss rund um die Uhr zur Verfügung stehen.“

Im weiteren Gespräch wird nun das Thema ermittelt. Hierfür bietet die Frage „Wie kann ich Ihnen helfen?“ einen positiven Einstieg. So wird der Klientin nicht schon in der Fragestellung ein Problem unterstellt, was ihr eine freie Schilderung ermöglicht. Die Klientin fängt nun an ihr Anliegen darzulegen. Hierbei ist es wichtig gezielt und sachlich Fragen zu dem Thema zu stellen. Wenn nötig auch, um die Klientin rechtzeitig zu begrenzen und eine zu ausufernde Erzählung zu vermeiden. Allerdings darf die Klientin dabei nicht abrupt unterbrochen werden. Sie sollte in jedem Fall ermutigt werden frei und ohne Scham zu sprechen.

4.3.3 Thema bearbeiten

In diesem Teil des Beratungsgesprächs haben sich in der Regel verschiedene Themen herauskristallisiert, die jetzt näher beleuchtet werden können. Welche Themen am dringlichsten bearbeitet werden, richtet sich zum einen nach der subjektiven Dringlichkeit aus Sicht des Klienten und zum anderen nach der objektiven zeitlichen Dringlichkeit, die häufig eher der Berater im Blick hat. Sinnvoll ist es an dieser Stelle die verschiedenen Themen auch visuell darzustellen. Auf diese Weise fällt es Klienten mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung leichter, die Wichtigkeit der Themen abzuwägen. Der Berater steht in dieser Situation immer helfend und strukturierend zur Seite, versucht aber, den Klienten so viel wie möglich selbst erarbeiten zu lassen.

Nach diesem Schritt können jetzt die Probleme im Einzelnen betrachtet werden: Worum genau handelt es sich? Wie ist es zu dieser Situation gekommen? Wo liegen die Defizite des Klienten? Diese Problemorientierung ermöglicht es Klienten mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung, sich der unangenehmen Situation zu stellen und eine realistische Sicht auf ihr Problem zu entwickeln.

Ist das Problem auf diese Art konkret gemacht, können die Ressourcen des Klienten ermittelt werden. Histrioniker neigen dazu, sich selbst als hilflos darzustellen, um mehr Aufmerksamkeit zu bekommen und umsorgt zu werden. An dieser Stelle ist es wichtig, die Fähigkeiten des Klienten ins Zentrum zu rücken. Der Klient lernt, dass er selbst fähig ist, seine Probleme in Angriff zu nehmen, auch wenn er dazu Unterstützung braucht. Er kann die Kontrolle behalten und aktiv werden, ohne dabei ganz auf sich gestellt zu sein, und macht dabei die Erfahrung, dass ihm auch in dieser Position Aufmerksamkeit zuteilwird (vgl. Widulle, 2011: 148f).

Fallbeispiel:

Sozialarbeiterin: „Welche Pflegestufe hat ihre Mutter denn?“

Frau W.: „Keine! Sie kann zwar allein in ihrer Wohnung leben, braucht aber Hilfe beim Einkaufen und im Hausarbeit. Also jeden Tag! Ich kann keinen Tag wegfahren, da sie sonst wieder aus Trotz nichts trinkt und dann kippt sie wieder um und ich muss nachts mit ihr ins Krankenhaus fahren.“

Sozialarbeiterin: „Aber im Großen und Ganzen kann sie sich ganz gut selbst versorgen?“

Frau W.: „Auf meine Kosten! Sie steht immer auf den Schultern von anderen!“

Sozialarbeiterin: „Gibt es noch andere Familienmitglieder, die sich kümmern?“

Frau W.: „Nein, ich bin geschieden, mein Mann hat mich während meiner zweiten Hüftoperation – ich hatte in der Zwischenzeit schon vier – verlassen und mich mit zwei minderjährigen Kindern sitzenlassen um in aller Öffentlichkeit seinen 50. Geburtstag mit seiner neuen Freundin zu feiern.“

Sozialarbeiterin: „Sie hatten es sicher nicht leicht. Aber ich höre heraus, dass Sie zwei Kinder haben. Wie alt sind die denn jetzt?“

Frau W.: „Mein Sohn ist 36 und Ingenieur, er lebt in München, wenn er zu Besuch kommt kümmert er sich nett, versteht aber meine Sorgen nicht. Meine Tochter ist 38 und lebt in Frankfurt.“

Sozialarbeiterin: „Gibt es noch andere Familienangehörige hier vor Ort?“

Frau W.: Ja, eine Cousine. Die ist aber sehr eingespannt, aktiv im Kirchenchor, sie hat nicht so viel Zeit.“

Die Klientin beginnt in diesem Gespräch schnell zu dramatisieren. Sie scheint sich in ihrer Situation überfordert zu fühlen und schildert Kränkungen, die sie immer noch belasten. Die Sozialarbeiterin versucht hierbei bei einem Thema zu bleiben und dieses eingehend zu erfassen. Gleichzeitig geht sie auf die erwähnten Kränkungen kurz ein, lenkt aber das Gespräch wieder auf das Grundthema. Mögliche Lösungen werden der Klientin vor Augen geführt, ohne ihr diese aufzuoktroyieren.

4.3.4 Zielsetzung

Nachdem der Klient sich der eigenen Möglichkeiten bewusst geworden ist, geht es daran, konkrete Ziele zu setzen. Die Wünsche des Klienten werden eruiert und dann auf ihre Umsetzungsmöglichkeiten hin überprüft. Das Ziel sollte sich auf eine spezielle Thematik beziehen, damit es überprüfbar bleibt. Es sollte realistisch sein, also auch mit den gegebenen Mitteln innerhalb eines überschaubaren Zeitraumes erreichbar. Seine Ziele sollten ebenfalls schriftlich fixiert werden, damit Fortschritte aber auch Rückschläge beim nächsten Termin thematisiert werden. Der Klient hat auf diese Weise auch selbst das Ziel deutlich vor Augen und muss sich im nächsten

Gespräch klar darauf beziehen, was die Gefahr, sich in Unwichtigem zu verlieren, minimiert (vgl. Widulle, 2011: 149).

Fallbeispiel:

Sozialarbeiterin: „Wäre es möglich eine zweite Hilfskraft anzustellen?“

Frau W.: „Meine Mutter mag nicht jeden, mit neuen Menschen hat sie Schwierigkeiten.“

Sozialarbeiterin: „Aber für Sie ist die Situation eine große Belastung?“

Frau W.: „Das liegt auch an meiner Anatomie. Weil meine Eltern versäumt haben, rechtzeitig zum Arzt zu gehen, wurde meine angeborene Hüftdisplasie nicht erkannt, und ich habe mit Ende Dreißig mein erstes künstliches Hüftgelenk bekommen. Heute ist das alles kein Problem mehr.“

Sozialarbeiterin: „Ich sehe, Sie haben auch große gesundheitliche Schwierigkeiten, da ist es ja rein körperlich für Sie sehr schwer diese Arbeiten alle zu übernehmen.“

Frau W.: „Ja, da haben Sie leider Recht.“

In diesem Fall ist es der Wunsch der Klientin, einen weniger großen Teil an Verantwortung ihrer Mutter gegenüber zu tragen. Es wäre aber ebenso möglich, dass die Klientin sich gerne in der Rolle der Alleinverantwortlichen sieht und sich damit aufgewertet fühlt. Um ein Ziel festzulegen, muss die Sozialarbeiterin versuchen herauszufinden, was die Klientin sich für die Zukunft erhofft. Im Fallbeispiel ist es ihr offenbar aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr möglich, sich so intensiv wie bisher um ihre Mutter zu kümmern. Die Sozialarbeiterin versucht ihr diese Situation zu spiegeln und so zu einer Zielsetzung zu gelangen.

4.3.5 Handlungsplan

Sind die Ziele formuliert, können nun Strategien zur Umsetzung besprochen werden. Anhand der bereits besprochenen Ressourcen und Stärken des Klienten kann dieser nun überlegen, wie er am effektivsten vorgehen könnte. Besondere Fähigkeiten sollten hierbei in jedem Fall zum Einsatz kommen, um das Selbstwertgefühl und die

Motivation des Klienten zu stärken. Der Klient sollte hierfür zuerst alle möglichen Vorgehensweisen zur Problemlösung zusammentragen und schriftlich festhalten. Der Berater kann ihm Anstöße geben, sollte sich aber mit eigenen Vorschlägen zurückhalten, um dem Klienten den größtmöglichen Spielraum zu gewähren. Nachdem sämtliche Möglichkeiten erfasst worden sind, werden diese im Einzelnen auf ihre Durchführbarkeit hin überprüft. Der Klient durchdenkt jede Option im Einzelnen und wägt ab, welche Alternativen für ihn am erfolgversprechendsten erscheinen.

Entsprechend der am besten geeigneten Methode wird ein Handlungsplan erstellt. Die notwendigen Aktivitäten werden in übersichtliche Schritte unterteilt, wichtig ist hierbei, bereits kleine Erfolge möglich zu machen. Jeder erreichte Zielpunkt sollte als Erfolg gesehen werden und eine Motivationshilfe für alle nachfolgenden Schritte darstellen. Gleichzeitig müssen klare Termine zur Zielerreichung gesetzt werden. Der Berater kann dann überprüfen, was zum entsprechenden Zeitpunkt umgesetzt werden konnte, bei nicht erreichten Zielen hinterfragen, woran es lag und bei erreichten Zielen den Erfolg rückmelden. Die Ermutigung des Beraters spielt in dieser Phase eine große Rolle und wirkt sich positiv auf das Vertrauensverhältnis zwischen ihm und seinem Klienten aus. Wichtig ist es, dass die Lösungen, Erfolge und Misserfolge von den Klienten in die eigene Wirklichkeitskonstruktion übertragen werden. Veränderungen im Handeln und Denken können auf diese Weise verfestigt und in den Alltag übertragen werden (vgl. Widulle, 2011: 150f).

Fallbeispiel:

Sozialarbeiterin: „Welche Möglichkeiten sehen Sie denn, um Ihre Situation zu verbessern?“

Frau W.: „Natürlich wäre es gut, noch jemanden einzustellen, aber meine Mutter ist sehr wählerisch, das müsste schon jemand zupackendes und selbstbewusstes sein.“

Sozialarbeiterin: „Hätten Sie eine Idee, wie Sie so jemanden finden können?“

Frau W.: „Wir haben es mit einer Anzeige probiert, aber da haben sich nicht so viele Leute gemeldet.“

Sozialarbeiterin: „Dann wäre es sicher lohnenswert sich auch anderweitig umzusehen. Ich könnte Ihnen ein paar Adressen geben.“

Um einen Handlungsplan für Frau W. aufzustellen, ist es wichtig, dass diese ihre eigenen Ideen zur Lösung des Problems miteinbringt. Auf diese Weise kann ein realistisches Ziel verfolgt werden, da es sich nicht um einen Vorschlag von außen handelt. Frau W. kann vermutlich selbst besser einschätzen, welche Möglichkeiten für sie realisierbar erscheinen. Die Klientin behält zudem die Kontrolle über die Situation und hat eine höhere Motivation zur Veränderung. Die Sozialarbeiterin steht ihr zwar helfend zur Seite, übernimmt aber bewusst nicht die Rolle des Retters. Das ist besonders bei histrionischen Klienten wichtig, die sich oft gewohnheitsmäßig in eine Opferrolle flüchten und jegliche Kontrolle abzugeben versuchen. Im Folgenden ist es sinnvoll, mit Frau W. zu vereinbaren, wen sie kontaktieren möchte und dies auch schriftlich festzuhalten. Erst dann kann das Gespräch zum Abschluss kommen.

4.3.6 Gesprächsabschluss

Am Ende des Gesprächs muss der Berater die Emotionen des Klienten im Blick haben. Der Klient sollte mit dem Ergebnis der Beratung möglichst zufrieden sein. Er sollte sich ernstgenommen fühlen und dem Berater vertrauen. Die akute Problemsituation, aufgrund derer die Beratung in Anspruch genommen wurde, sollte dem Klienten lösbar erscheinen. Er sollte sich nicht gekränkt oder hintergangen fühlen. Der Berater kann in dieser Situation Missstimmungen erspüren und thematisieren, um dem Gespräch eine mögliche negative Note zu nehmen.

Klienten mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung sind sehr leicht zu kränken, was sowohl mögliche weitere Beratungstermine als auch weitere Handlungen in Bezug auf die Lösung des besprochenen Problems belasten kann. Oft sind diese Kränkungen schnell ausgeräumt und der Klient kann die Beratung in positiver Stimmung verlassen vgl. (Widulle, 2011: 151).

Fallbeispiel:

Sozialarbeiterin: „Es freut mich, dass ich Ihnen helfen konnte. Ich schlage vor, dass wir noch einen Termin festlegen. Dann können sie mir berichten, wie ihre Telefonate verlaufen sind.“

Da die Situation in diesem Fall geklärt ist, kann die Sozialarbeiterin das Gespräch ausklingen lassen. Sie hat ihre Klientin genau beobachtet und konnte keine Missstimmungen feststellen. Die Klientin ist mit der Beratung zufrieden und emotional ausgeglichen. Um Frau W. zu motivieren die besprochenen Ziele anzugehen, schlägt die Sozialarbeiterin einen weiteren Beratungstermin vor. Geht Frau W. darauf ein, kann der Handlungsplan verglichen und gegebenenfalls modifiziert werden.

Für die Beratung ist es hilfreich, sich grob an den beschriebenen Ablauf zu halten, da der Berater auf diese Weise die Gesprächsziele immer im Auge behält. Er läuft nicht Gefahr, Beiläufigem zu viel Aufmerksamkeit zu schenken, und darüber wichtigere Themen unzureichend zu behandeln. Dennoch werden immer wieder Situationen auftreten, die eine Beratung zusätzlich erschweren können. Im Folgenden sind Gesprächssituationen beschrieben, die bei der Beratung von Histrionikern häufig auftreten.

4.4 Typische Gesprächssituationen

Bei der Beratung von Klienten mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung kommt es häufig zu Situationen, die für das Störungsbild typisch sind. Hierbei kann es sich um Interaktionsspiele oder Tests handeln, die dem Klienten bestimmte Vorteile bringen oder ihn in seinen Annahmen bestätigen sollen. Kennt der Berater die Hintergründe dieser Kommunikationsstrategien, kann er damit souverän umgehen, ohne den Klienten in seinen negativen Schemata zu bestätigen. Im Folgenden werden häufig auftretende Verhaltensmuster im Gespräch beschrieben.

4.4.1 Exzessives Jammern

Klienten mit der beschriebenen Persönlichkeitsstörung neigen dazu, sich selbst eine Opferrolle zuzuschreiben. Sie schildern einen enormen Leidensdruck, oft einhergehend mit depressiven Symptomen, aber auch körperlichen Beschwerden wie starken Kopfschmerzen, Herzrasen oder Magenschmerzen. Dabei stellen sie sich als den Symptomen ausgeliefert und hilflos dar und bitten eindringlich um Unterstützung (vgl. Sachse, 2004: 55).

In der Beratung wiederholt sich dieses Muster, denn es geht hier um Probleme und Konflikte, als deren Verursacher man sich selbst ungern sehen möchte. Der Klient schildert sich also als ein Opfer der Umstände oder anderer Personen, das massiv der Hilfe und des Trostes des Beraters bedarf. Dabei kommt es zu einem ungebremsten Strom negativer Gefühlsschilderungen und Klagen des Klienten, der im Zuge dessen undifferenziert Kränkungen und belastende Situationen schildert. Hierbei muss der Berater klar unterscheiden, ob den Schilderungen die Motivation zur Veränderung oder der Wunsch nach Mitleid und Bestätigung zugrunde liegt.

Negative Gefühle sind im psychiatrischen Arbeitsfeld normal, denn die Klienten, mit denen man arbeitet, leiden unter ihrer psychischen Erkrankung und den von ihr verursachten Folgen. Viele fühlen sich in ihrer gesamten Existenz bedroht oder können in ihrer augenblicklichen Situation nichts Positives mehr wahrnehmen. Dieses Empfinden ist normal und verständlich und gehört zum Alltag der Psychiatrie. Problematisch für die Beratung ist allerdings eine Chronifizierung der negativen Schilderungen. Beispielsweise kann es vorkommen, dass ein Klient aus Gewohnheit jammert, weil er eigentlich nichts anderes zu erzählen hat, dabei aber gar keine Veränderung seiner Situation anstrebt. Oft kommt es auch vor, dass die Schuld für Probleme ausnahmslos bei der Umwelt gesucht wird und der Klient sich selbst als unschuldig und somit auch als handlungsunfähig betrachtet. Oder der Klient möchte ein besonderes Maß an Aufmerksamkeit und Fürsorge vom Berater einfordern, indem er sein Elend aussichtsloser schildert als es eigentlich ist.

Wenn der Berater merkt, dass eine dieser Situationen eintritt, sollte er das Lamentieren des Klienten begrenzen. Der Berater sollte sein empathisches Mitfühlen und Mitschwingen dann reduzieren, wenn er bemerkt, dass er damit die negativen Äußerungen verstärkt. Besser ist es, in dieser Situation nach Pausen in der Erzählung Ausschau zu halten, um dort anzusetzen und das Geschilderte sachlich zu reflektieren (vgl. Noyon, 2009: 75). Der Berater sollte versuchen, dem Klienten klar zu machen, dass er dessen Leid wahrnimmt und auch Mitgefühl empfindet, aber gleichzeitig vermeiden, das Klagen durch ein Zuviel an Empathie zu verstärken (vgl. Jacob, 2009: 34f). An dieser Stelle sollte die Beratung einen Schwerpunkt auf die Lösungsorientierung setzen. Der Klient sollte dazu angeregt werden, sich Möglichkeiten zur Veränderung seiner Situation zu überlegen und diese dem Berater

zu schildern. Dem Klienten muss ein hohes Maß an Eigenverantwortung übertragen werden, um ihm zu signalisieren, dass er durch eigene Initiative mehr erreichen kann als in der gewohnten Position des hilflosen Opfers. „Durch die Konzentration auf konkrete Ziele und Veränderungen kann das Klagen eingedämmt werden“ (Jacob, 2009: 35).

4.4.2 Fehlende Eigenverantwortung

Fehlende Krankheitseinsicht ist oft eines der typischen Symptome der histrionischen Persönlichkeitsstörung. Betroffene Klienten tendieren dazu, gescheiterte soziale Beziehungen oder missglückte soziale Interaktionen nicht sich selbst, sondern den beteiligten Interaktionspartnern zuzuschreiben. „Geht eine Beziehung in die Brüche, kommen die Klienten aufgrund ihrer Konstruktionen keineswegs auf den Gedanken, dass sie mit ihrem Verhalten daran einen Anteil haben könnten. Vielmehr attributieren sie die ganze Verantwortung auf den Partner“ (Sachse, 2004: 55). Sachse nennt diese Form der Interaktion „Opfer anderer Personen oder der Umstände“ (Sachse, 2004: 55). Der histrionische Klient kann sein positives Selbstbild weiter aufrechterhalten, indem er sich selbst keine Fehler eingesteht.

Wenn der Berater die Ursachen der vom Klienten geschilderten Probleme woanders sieht als dieser selbst, kann dies verschiedene Gründe haben. Primär muss hinterfragt werden, ob der Klient vom Berater richtig verstanden wurde. Der Berater muss sicher sein, dem Klienten aufmerksam zugehört und ihm im Zuge dessen die richtigen Fragen gestellt zu haben. Ein vorschnelles Urteil aufgrund der psychiatrischen Erkrankung sollte unbedingt vermieden werden. Nur wenn er sich die Schilderung aufmerksam angehört und alle Zusammenhänge erschlossen hat, kann er entsprechende Rückschlüsse ziehen.

Kommt er zu dem Schluss, dass tatsächlich die Interaktionsmuster des Klienten die Auslöser seiner Probleme sind, müssen diese auch thematisiert werden. Hierbei ergeben sich besonders bei histrionischen Klienten große Schwierigkeiten, da diese Kritik nur schwer annehmen können (vgl. Jacob, 2009: 78). In dieser Situation ist es für den Berater hilfreich, möglichst ohne jegliche Schuldzuweisungen den eigenen Eindruck zu beschreiben. Er legt dabei dar, wie er den Klienten verstanden hat,

welche Probleme seiner Meinung nach geschildert wurden und welche Ursachen diese nach Einschätzung des Klienten und seiner eigenen Meinung nach haben könnten. Ergibt sich an dieser Stelle eine Diskrepanz zwischen der Wahrnehmung des Beraters und der des Klienten, sollte der Klient seine Meinung dazu erläutern und versuchen, den Grund dafür zu erschließen. Der Klient muss in diesem Zusammenhang lernen, dass negative Gefühle wie Neid, Wut, Scham oder Hilflosigkeit normale Reaktionen sind, die bei allen Menschen vorkommen. Wenn der Umgang mit diesen Gefühlen besser gelingt, können Interaktionsprobleme vermieden oder aufgelöst werden.

In der Beratung von histrionischen Persönlichkeiten taucht immer wieder auch das Thema Mobbing auf. Der Klient klagt über andere Patienten, Bekannte oder Arbeitskollegen, die ihn bewusst angreifen und terrorisieren. Hierbei ist es wichtig zu klären, ob es sich wirklich um Mobbing handelt oder ob das Empfinden des Klienten auf das oben beschriebene Verhaltensmuster zurückzuführen ist. Der Klient fordert in diesem Zusammenhang die Solidarität des Beraters und reagiert auf Zweifel an seinen Schilderungen ausgesprochen aggressiv. In dieser Situation ist viel beraterisches Fingerspitzengefühl gefordert, um die Problematik möglichst realistisch einzuschätzen und den Klienten dabei nicht zu kränken. Falls der Klient tatsächlich gemobbt wird oder wurde, muss dieses Thema im Team besprochen und gemeinsam eine Lösung erarbeitet werden. Sieht sich der Klient fälschlicherweise in der Opferrolle, muss dieses Verhalten, wie schon geschildert, im Gespräch thematisiert werden (vgl. Jacob, 2009: 66).

4.4.3 Abwertendes Verhalten

Nicht selten sieht sich der Berater im Gespräch mit einem histrionischen Klienten mit unterschwellig oder auch offensichtlich abwertendem Verhalten konfrontiert. Abwertendes Verhalten von Seiten des Klienten kann sich in vielerlei Gestalt äußern. Zum einen kann sich die Abwertung auf die Arbeit oder die Person des Beraters beziehen. Hierbei können Sätze fallen wie: „Die Beratung bei Ihnen bringt mir überhaupt nichts!“ oder „Haben Sie denn in Ihrer Ausbildung gar nichts gelernt!“. Der Klient greift mit solcherlei Formulierungen den Berater und seine Kompetenzen allgemein an.

Zum anderen kann sich die Abwertung auch auf konkrete Merkmale beziehen und sich wie folgt äußern: „Ich glaube nicht, dass Sie als Frau meine Probleme nachvollziehen können.“, „Das nächste Mal möchte ich nicht so lange auf ein Gespräch warten müssen!“ oder auch „Können Sie nicht das Fenster öffnen, die Luft hier ist unerträglich!“. Der Klient nimmt hierbei spezifische Attribute des Beraters oder der Beratungssituation zum Anlass, unpassende Kritik zu äußern, um den Berater oder die Institution herabzuwürdigen (vgl. Noyon, 2007: 26).

An dieser Stelle ist klar zu unterscheiden, ob es sich um eine gerechtfertigte Beanstandung oder eine grundlose Missbilligung handelt. Berechtigte Kritik muss vom Berater selbstverständlich ernst genommen und reflektiert werden. Dienen die kritischen Äußerungen ausschließlich der Herabwürdigung, ist es die Aufgabe des Beraters, auch in diesem Fall Professionalität zu wahren. Abwertung kann zu einer großen Belastung für den Berater werden, wenn es ihm nicht gelingt, die Balance zwischen Selbstschutz und Verständnis zu finden. Hilfreich ist es hierbei, eine professionelle Distanz zu wahren und sich bewusst zu machen, dass nicht die eigene Person angegriffen wird, sondern die Rolle des Beraters. Auf diese Weise kann der Berater den Fokus weg vom eigenen Erleben hin zum Klienten richten. Die Situation sollte offen thematisiert und hinterfragt werden, denn für den Berater ist es wichtig zu erfahren, welche Ursachen der Abwertung zugrunde liegen. Da Klienten mit der genannten Persönlichkeitsstörung Kritik häufig als Angriff auf die eigene Person interpretieren, ist es ratsam, vorwurfsvolle Äußerungen weitestgehend zu vermeiden. Dennoch muss der Berater authentisch bleiben und darf sich auf keine Interaktionsspiele einlassen. „In der Regel soll die therapeutische oder beraterische Beziehung dem Klienten ja als korrigierende Erfahrung angeboten werden“ (Noyon, 2009: 27). Der Berater muss also den Klienten auf dessen Verhalten aufmerksam machen und dieses gemeinsam mit ihm reflektieren (vgl. Jacob, 2009: 156).

Abwertendes Verhalten dem Berater gegenüber kann bei histrionischen Klienten verschiedene Gründe haben. Meist hängen diese mit den negativen Schemata zusammen. Ein zentrales Schema ist wie bereits erwähnt, „Ich bin nicht wichtig“. Fühlt der Klient dieses Schema durch das Verhalten des Beraters scheinbar bestätigt, versucht er dem massiv entgegenzusteuern. Oftmals versucht der Klient schon beim ersten Termin den Berater zu testen, um herauszufinden, ob dieser auf

seiner Seite steht, ihm zugewandt und gewillt ist, auf seine Wünsche einzugehen. Sachse nennt diese Form des Testens „Direkte Kontrolle“. Der Klient beschwert sich über das Verhalten des Beraters, um ihm ein schlechtes Gewissen zu vermitteln und ein den Vorstellungen des Klienten entsprechendes Verhalten zu bewirken (vgl. Sachse, 2004: 56f). Klagt er, wie im oben genannten Beispiel, über zu lange Wartezeiten bezüglich des Gesprächstermins und beansprucht auf diesem Wege eine bevorzugte Behandlung, so versucht er damit möglicherweise, den Status seiner eigenen Wichtigkeit zu bestimmen. Dieses Verhalten ist ihm dabei aber nicht unbedingt bewusst. Da der Abwertung vermutlich eine andere Ursache zugrunde liegt als die Geäußerte, ist es in diesem Fall nicht hilfreich, sich auf die Argumentation des Klienten einzulassen. Vielmehr muss der wahre Ursprung des Vorwurfs aufgedeckt und dem Klienten bewusst gemacht werden.

Keinesfalls darf der Berater sich aufgrund dieser Verhaltensweisen persönlich angegriffen fühlen und verstimmt reagieren, da er damit das negative Schema des Klienten bestätigt und dessen Interaktionsmuster unterstützt. Stattdessen sollte er dem Klienten verdeutlichen, dass er versucht dessen Verhalten zu verstehen. Beispielsweise indem er den Sachverhalt aus Sicht des Klienten zusammengefasst wiedergibt und sich vom Klienten bestätigen lässt: „Sie hatten also den Eindruck, zu lange auf ein Beratungsgespräch warten zu müssen?“. Der Berater kann das Thema Wichtigkeit ansprechen und erfragen, ob sich der Klient von ihm unzureichend ernst genommen fühlt: „Dachten Sie, ich nehme Sie und Ihre Belange nicht ernst genug?“. Damit wird dessen Schema nicht bestätigt, sondern eine solide Basis für das Gespräch geschaffen.

Gezielte Provokation kann auch dem Austesten der Verlässlichkeit entspringen. Das zweite, von Sachse beschriebene, elementare Negativschema „Beziehungen sind nicht verlässlich“ hat sich häufig, aus ihrem eigenen Verhalten resultierend, in der Biographie der Klienten wiederholt. Um diesem Muster entgegenzuwirken, ist das beschriebene Vorgehen von Nutzen.

4.4.4 Aggressives Verhalten

Neben abwertendem und provokativem Verhalten kann es auch zu stärkeren Aggressionen kommen. Der histrionische Klient befindet sich in einem „Kampf für alles, was den eigenen Wert bestätigen hilft“ (Riemann, 2009: 170) und damit auch „gegen alles, was diesen zu bedrohen scheint“ (ebenda). Da er versucht, das eigene Konstrukt seines Selbstbildes aufrechtzuerhalten, benötigt er jede Stimme, die dieses bestätigt. Er versucht sich mit möglichst vielen Menschen zu umgeben, die ein positives Selbstbild unterstreichen und forciert im Dialog bewusst Aussagen, die dem dienlich sind. Rüttelt aber das Gegenüber an dieser Konstruktion muss dies unterbunden werden. Hier kann es auch zu aggressivem Verhalten kommen.

Die Aggression äußert sich meist impulsiv und unüberlegt als Antwort auf eine wirkliche oder scheinbare narzisstische Kränkung. Der Klient kann in diesem Fall weit über das Ziel hinausschießen, da es sich meist um kein geplantes manipulatives Verhalten handelt und Histrioniker oft Schwierigkeiten haben, die Kontrolle über ihre Emotionen zu behalten. Bemerkenswert ist allerdings, dass solcherlei Wutanfälle meist ebenso schnell wieder vergessen sind, wie sie aufkommen. Im Falle eines solchen Kontrollverlusts reagieren Histrioniker in der Regel nicht nachtragend (vgl. Röhr, 2010: 112).

Handelt es sich um mildere Formen der Aggression, d.h. verbale Angriffe und Beschimpfungen dem Berater gegenüber, ist es ratsam ruhig das Gespräch zu suchen. Um die Situation direktiv gestalten zu können, sollte der Klient in seinen Äußerungen klar begrenzt werden. Der Berater muss hier deutlich machen, dass er diese Form des Umgangs als unpassend empfindet und nicht duldet. Richtet sich die Aggression des Klienten jedoch gegen außenstehende Personen, kann sie dem Berater eingeschränkt von Nutzen sein. Validiert er die Emotionen des Klienten und zeigt so Empathie, kann dies dem Beziehungsaufbau zugutekommen. Allerdings muss er dabei seinem Klienten zu einem konstruktiveren Umgang mit dessen Wut und Aggression verhelfen (vgl. Noyon, 2009: 34).

Im Falle eines stärkeren Aggressionsausbruchs gestaltet sich die Situation anders. Ist der Klient in seinem aufgebrachten Zustand für den Berater nicht mehr erreichbar, kann es notwendig sein, das Gespräch abubrechen. Der Berater muss in diesem

Fall eine deutliche Körpersprache zeigen. Eine aufrechte Haltung gehört dazu ebenso wie den Blickkontakt zu halten. Dies sollte auf den Klienten nicht bedrohlich oder provozierend wirken, sondern ihm vielmehr signalisieren, dass der Berater sich von dessen Gebaren nicht eingeschüchtert fühlt. An dieser Stelle sollte die Beratung unterbrochen werden, um zu einem späteren Zeitpunkt den unpassenden Interaktionsstil des Klienten zu thematisieren. Auch im Team muss ein solcher Zwischenfall zur Sprache kommen, um entsprechend agieren zu können.

Gelingt es dem Berater hingegen den Klienten in seiner Wut zu bremsen, kann er diesen in ruhigem aber bestimmtem Ton mit seiner Aggression konfrontieren. Dem Histrioniker sollte in diesem Fall deutlich gemacht werden, dass ein solches Verhalten die Zusammenarbeit erschwert oder sogar unmöglich machen kann. Dabei darf nicht vergessen werden dem Klienten zu vermitteln, dass seine Belange durchaus ernst genommen werden, aber auch gewisse Grenzen eingehalten werden müssen (vgl. Noyon, 2009: 35).

4.4.5 Unangemessenes Flirtverhalten

Wie bereits erwähnt neigen Histrioniker häufig zu übertriebenem Aussenden von erotischen Signalen. Ihr Drang nach Bestätigung ist es, der sie dazu veranlasst viel und manchmal auch in unpassenden Situationen zu flirten. Tritt ein derartiges Verhalten im Beratungsgespräch auf, genügt es oft schon, dem keine Beachtung zu schenken (vgl. Jacob, 2009: 164). Indem auf Flirtversuche nicht eingegangen wird, vermeidet man ein mögliches Verstärken des unerwünschten Benehmens.

Stellt der Klient das Flirten nach wie vor nicht ein, sollte der Berater sich auf seine Rolle und Funktion berufen. Sinnvoll ist es hierbei, dem Klienten unmissverständlich klarzumachen, was die Aufgaben eines Beraters beinhalten und, dass ein rollen-inadäquates Verhalten hinderlich ist für die weitere Zusammenarbeit (vgl. Jacob, 2009: 165).

Um eine solche Situation nicht aufkommen zu lassen, ist darauf zu achten, dass ein Professioneller Rahmen gewahrt wird. Die Beratung sollte im besten Falle im Büro des Beraters stattfinden. Ist ein Gesprächstermin bei dem Klienten zuhause

vereinbart, sind feste Termine und gleichbleibende Abläufe sinnvoll. Auf keinen Fall darf sich der Berater auf ein Treffen einlassen, das einen privaten Charakter vermittelt.

Schlussbetrachtung

Der Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit ist mannigfaltig, und ebenso facettenreich gestalten sich die Anforderungen an die Menschen, die in diesem Berufsfeld tätig sind. Gerade diese Vielfalt macht die Arbeit abwechslungsreich und spannend. Sie erfordert jedoch auch die Fähigkeit, sich in verschiedenste Themengebiete einzuarbeiten. Die Klienten der Sozialen Arbeit haben unterschiedliche Bedürfnisse und Probleme, suchen das Gespräch aus eigenem Antrieb oder um Auflagen zu erfüllen und können aus ganz verschiedenen Milieus stammen.

Pädagogisch-psychologisches Fachwissen in Bezug auf die Bereiche Kommunikation und Beratung ist von großer Bedeutung, denn dieses erleichtert den Zugang zu den Klienten und ebnet den Weg zu einer positiven Zusammenarbeit. Fachliche Weiterbildung ist ein wichtiger Schritt zu mehr Professionalität in der Sozialen Arbeit. Im Tätigkeitsbereich Psychiatrie beinhaltet dieses Fachwissen Grundkenntnisse der Psychologie ebenso wie Wissen zu rechtlichen und behördlichen Themen.

Darüber hinaus ist eine eingehende Beschäftigung mit den psychiatrischen Krankheitsbildern die Grundvoraussetzung, um psychisch kranke Klienten adäquat unterstützen zu können. Sind dem Berater die speziellen Verhaltensmuster einer psychischen Erkrankung bekannt, fällt es ihm leichter mit diesen umzugehen. Zudem ist er dann auch eher dazu in der Lage, die Beratung entsprechend zu gestalten. Spezifische Beratungskonzepte können hierbei eine Anregung und Hilfestellung bieten.

Durch die multiprofessionelle Zusammenstellung der in diesem Arbeitsfeld tätigen Personen, können zu einem Thema verschiedene Perspektiven eingebracht werden. Neben dem Bild, das sich Therapeuten und Ärzte von einem Patienten in Einzelgesprächen machen, existieren auch Eindrücke des Pflegepersonals, der Gruppenbetreuer und der Sozialarbeiter. Die systemische Betrachtungsweise der

Sozialen Arbeit kann einen sinnvollen Beitrag in der Psychiatrie leisten, da sie vermittelnde Fähigkeiten besitzt. Gleichzeitig kann die therapeutische Arbeit auch in der Beratung unterstützt werden.

Ein Beratungskonzept speziell für Klienten mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung gibt dem Berater die Möglichkeit, ein Maximum an Wissen in die Beratung einzubringen. Gerade Histrioniker sind durch die ihnen eigene Art der Kommunikation oft schwer zu durchschauen. Da sie dazu neigen, eigene Fehler nicht zuzugeben oder zu vertuschen, um ihr Selbstbild aufrechtzuerhalten. Gleichzeitig beklagen sie sich häufig über andere Personen und wirken auf professionelle Helfer damit leicht unsympathisch. Erst durch ein umfangreiches Wissen in Bezug auf diese Persönlichkeitsstörung und ihre Eigenheiten, können die Kommunikationsmuster von Histrionikern richtig gedeutet werden.

Für die Berater ist es wichtig, sich ihres Menschenbildes bewusst zu sein, um eine Defizitorientierung weitestgehend auszuschließen. Ebenso wichtig ist es, sich über die Psychiatrie als Institution und ihre Außenwirkung Gedanken zu machen.

Um Beratungsgespräche mit histrionischen Klienten professionell gestalten zu können, sollten diese Grundsätze aus der Klientenzentrierten Beratung und der Problemzentrierten Beratung beinhalten. Die Basisvariablen Empathie, Akzeptanz und Authentizität bieten dem Berater wie auch dem Klienten die Möglichkeit, eine vertrauensvolle Gesprächsgrundlage zu schaffen. Die problemzentrierte Sichtweise hilft dem Klienten, sich auf einzelne Themen zu konzentrieren und diese weiterzuverfolgen. Durch eine Strukturierung des Beratungsgesprächs kann der Klient ebenfalls besser begrenzt werden, beispielsweise bei ausufernden Schilderungen.

Es bleibt zu hoffen, dass durch weitere Forschung auf diesem Gebiet, in Zukunft eine größere Auswahl an Fachliteratur zur Verfügung steht, auf die Berater zurückgreifen können, um sich weiterzubilden und ihren Klienten damit helfend zur Seite stehen zu können.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der im Literatur- und Quellenverzeichnis angegebenen Quellen angefertigt habe.

Hamburg, den 10.10.2011

Simone Hübner

Literaturverzeichnis

Beck, Aaron T., Freeman, Arthur & Breidenbach, Cornelia 1999: Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. 4. Aufl. Weinheim: Beltz.

Belardi, Nando, u.a. 2004: Beratung: Eine sozialpädagogische Einführung. 1. Aufl. Weinheim Bergstr: Juventa Verlag GmbH.

Bosshard, Marianne 1999: Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Psychiatrie: Lehrbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Bruchhausen, Walter 2008: Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Crefeld, Wolf 2002: Klinische Sozialarbeit als Basis der psychiatrischen Sozialarbeit. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2009. Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen. Heidelberg: Steinkopff.

Der Brockhaus Psychologie: Fühlen, Denken und Verhalten verstehen 2008. 2., vollst. aktualis. Leipzig: Brockhaus, F A

Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. (DSM-IV-TR): Textrevision von Henning Saß, Hans-Ulrich Wittchen und Michael Zaudig. 2003 Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H.; Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) 2008: Weltgesundheitsorganisation Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis 4., überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber

Dörr, Margret 2005: Soziale Arbeit in der Psychiatrie. München ; Basel: E. Reinhardt.

Eckart, Wolfgang U. 2011: Illustrierte Geschichte der Medizin: Von der französischen Revolution bis zur Gegenwart. Berlin ; Heidelberg [u.a.]: Springer.

Eilles-Matthiessen, Claudia & Janssen, Susanne 2005: Beratungskompass: Grundlagen von Coaching, Karriereberatung, Outplacement und Mediation ; mit 78 Steckbriefen zur Beraterentwicklung. Offenbach: GABAL.

Ellinger, Stephan 2010: Kontradiktische Beratung: Vom effektiven Umgang mit persönlichen Grenzen. Stuttgart: Kohlhammer.

Geißler-Piltzeitet, Brigitte 2004: Im Brennpunkt liegt der Alltag der erkrankten Menschen. *Sozial Extra* 28(1), 32–35.

Herders Lexikon der Psychologie 2007: Erfstadt: Verl. Hohe.

Herpertz, Sabine C., Sass, Henning & Bronisch, Thomas 2003: Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Thieme.

Hoffmann, Sven Olaf; Eckhardt-Henn, Annegret: Von der Hysterie zur Histrionischen Persönlichkeitsstörung: ein historischer und konzeptueller Überblick. In: PTT Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie. Die hysterische/ histrionische Persönlichkeitsstörung Jg. 2000, Heft 3, S. 128-137

Hoffmann, Sven Olaf: Editorial. In: PTT Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie. Die hysterische/ histrionische Persönlichkeitsstörung Jg. 2000, Heft 3, S. 127

Jacob, Gitta, u.a. 2009: Schwierige Gesprächssituationen in Psychiatrie und Psychotherapie. 1. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer.

Krause, Christina, u.a. 2002: Pädagogische Beratung: Grundlagen und Praxisanwendung. Paderborn: F. Schöningh.

Mentzos, Stavros 2009: Hysterie: Zur Psychodynamik unbewusster Inszenierungen. 8., erw. und aktualisierte Ausg. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Noyon, Alexander & Heidenreich, Thomas 2009: Schwierige Situationen in Therapie und Beratung: 24 Probleme und Lösungsvorschläge. 1. Aufl. Weinheim ;, Basel: Beltz, PVU.

Pikowsky, Birgit & Wild, Elke 2009: Pädagogisch Psychologische Beratung.pdf, in Wild, Elke (Hg.): Pädagogische Psychologie. Berlin: Springer.

Rausch, Adly, Hinz, Arnold & Wagner, Rudi F. 2008: Modul Beratungspsychologie. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Rechtien, Wolfgang 2004: Beratung: Theorien, Modelle und Methoden. 2., überarb. und erg. München [u.a.]: Profil-Verl.

Riemann, Fritz 2009: Grundformen der Angst: Eine tiefenpsychologische Studie : mit einer Kurzbiografie von Ruth Riemann. 39. Aufl. München [u.a.]: Reinhardt.

Röhr, Heinz-Peter 2010: Die Angst vor Zurückweisung. Was Hysterie wirklich ist und wie man mit ihr umgeht. München: Deutscher Taschenbuch Verlag

Sachse, Rainer 2002: Histrionische und Narzisstische Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe.

Sachse, Rainer 2006: Persönlichkeitsstörungen: Leitfaden für die psychologische Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Sachse, Rainer 2010: Persönlichkeitsstörungen verstehen: Zum Umgang mit schwierigen Klienten. Neuausg. Bonn: Psychiatrie-Verl.

Schulz von Thun, Friedemann 2008: Miteinander reden 1: Störungen und Klärungen. 44. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.

Sulz, S. 2010: Hysterie I: histrionische Persönlichkeitsstörung. Nervenarzt 81(7), 879–888.

Warschburger, Petra 2009: Beratungspsychologie. Heidelberg: Springer Medizin.

Weinberger, Sabine 2011: Klientenzentrierte Gesprächsführung: Eine Lern- und Praxisanleitung für helfende Berufe. 10., unveränd. Aufl.,(31. - 35. Tsd.). Weinheim [u.a.]: Beltz.

Westendorf, Wolfhart (1999): Handbuch der altägyptischen Medizin. Leiden [u.a.]: Brill.

Widulle, Wolfgang 2011: Gesprächsführung in der sozialen Arbeit: Grundlagen und Gestaltungshilfen. 1. Aufl. Wiesbaden: VS-Verl.

Quellenverzeichnis

Zwengel, Almut : Goffman und die Macht - Chancen zur Thematisierung des Nichtthematisierten http://www.fh-fulda.de/fileadmin/Fachbereich_SK/Professoren/Zwengel/Goffman_und_die_Macht_01.pdf (abgerufen am 26.08.2011)

Stroh, Wilfried. *Römisches Theater*. URL:

<http://www.lrz.de/~stroh/schriften/roemtheater.html> [Stand 2011-08-11].

Hamburgisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG) vom 27. September 1995

<http://www.landesrecht.hamburg.de/jportal/portal/page/bshaprod.psml?showdoccase=1&doc.id=jlrPsychKGHApG1&doc.part=X&doc.origin=bs&st=lr> (abgerufen am 11.08.2011)

Wissenschaft-online – Wissenschaft im Überblick

<http://www.wissenschaft-online.de/abo/lexikon/neuro/95> (abgerufen am 10.08.2011)

Dict.md Medical Dictionary

<http://de.dict.md/definition/alienation> (abgerufen am 10.08.2011)

Psychologie48 – Das Psychologie Lexikon

<http://www.psychology48.com/deu/d/joining/joining.htm> (abgerufen am 26.08.2011)

