

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Menschen mit psychischen Erkrankungen in psychiatrischen Kontexten	6
2.1. Der psychiatrische Kontext	6
2.2. Die Verortung der Sozialen Arbeit im psychiatrischen Kontext	8
2.3. Die Beschaffenheit psychischer Erkrankungen	10
2.3.1. Die schizophrene Erkrankung	12
2.3.2. Das Fallbeispiel des an einer chronisch verlaufenden schizophrenen Erkrankung leidenden Herrn A.	19
2.4. Auswirkungen einer psychischen Erkrankung auf den Alltag der Betroffenen	20
3. Darstellung des Konzeptes „Ressourcenorientierte biografische Gesprächsführung“	23
3.1. Gründe für eine ressourcenorientierte biografische Gesprächsführung in der Begleitung schizophren erkrankter Menschen	24
3.2. Die Bausteine der ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung	25
3.2.1. Die Grundhaltung in der Begegnung mit dem Klienten	26
3.2.2. Aktivität als Ressource	28
3.2.2.1. Die Kontextbezogene Bedeutung der Aktivität	29
3.2.2.2. Flow-Erlebnisse als Anlass für Freude und Glücksempfindungen	30
3.2.3. Durch biografisches Arbeiten Ressourcen entdecken und fördern	33
3.2.3.1. Die Ressourcenanamnese	40
<i>Exkurs: Die Ressourcenanamnese des Herrn A.</i>	42
3.2.3.2. Die Ressourcendiagnose	44
3.2.3.3. Der Ressourcenförderplan	45
<i>Exkurs : Der Ressourcenförderplan des Herrn A.</i>	46
3.2.4. Motivation zur selbstbestimmten Aktivitätssteigerung	47
3.2.4.1. Der Begriff der Motivation	48
3.2.4.2. Die Umsetzung der Aktivitätsressourcen – Motivationshindernisse und Motivationsförderung	50
3.2.4.3. Die intrinsische Motivation	51

3.2.4.4. Die motivierende Gesprächsführung	53
3.2.4.5. Selbstmotivation durch die „Bekämpfung des inneren Schweinehundes“	56
4. Effekte des Konzeptes „Ressourcenorientierte biografische Gesprächsführung“	58
4.1. Aktivitätsressourcen als Stressbewältigungsmöglichkeit	58
4.2. Aktivitätsressourcen unter salutogenetischer Perspektiven als Bestandteil der Gesundheitsförderung	60
4.2.1. Kurzdarstellung des Konzeptes der Salutogenese	61
4.2.2. Gesundheitsförderliche Zusammenhänge zwischen dem Konzept der Salutogenese und der ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung	64
5. Grenzen des Konzeptes „Ressourcenorientierte biografische Gesprächsführung“	66
6. Schlussfolgerung	68
7. Schriftliche Erklärung	71
8. Literaturverzeichnis	72
9. Anhang	76

1. Einleitung

Im sprachlichen Alltag werden psychische Erkrankungen, vor allem aber eine schizophrene Erkrankung synonym mit etwas abweichenden, gefährlichen, unheilbaren und der Unfähigkeit das eigene Leben sinnvoll zu gestalten verwandt. Psychisch kranke Menschen leben auch heute noch am Rand der Gesellschaft. Aufgrund der Erkrankungen und der Symptome und besonders bei einer zunehmenden Chronifizierung fällt es vielen schwer ihr Leben nach einer Krise wieder, wie vorher weiter zu führen. Zu meist geht mit einer schwerwiegenden psychischen Erkrankung der Verlust des Arbeitsplatzes einher, da dieser nicht mehr ausgeführt werden kann. So leiden diese Menschen nicht nur unter den Symptomen ihrer Erkrankung, sondern auch unter dem enormen Druck wieder leistungsfähig zu werden, um den von der Gesellschaft geforderten Ansprüchen gerecht zu werden. Die freie Zeit wird als sinnlos erlebt. Während meines Praktikums in der Sozialpsychiatrischen Ambulanz am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf erhielt ich einen großen Einblick in das Leben psychisch kranker Menschen. Die meisten Klienten, die vor allem an einer Schizophrenie erkrankt waren und dies zum größten Teil chronifiziert, erzählten mir, dass sie nicht nur unter den Symptomen ihrer Erkrankung, wie unter anderem Stimmenhören, Antriebschwäche oder Verfolgungswahn litten, sondern vor allem unter der mit der Erkrankung zunehmenden sozialen Isolation. Immer wieder beschrieben mir die Klienten ihren Wunsch, außerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen und den eigenen Tagesablauf interessanter und erfreulicher zu gestalten. Jedoch fehlte ihnen hierfür die Initiative, der Mut und die Motivation, da sie im Verlauf ihrer Erkrankung und den damit einhergehenden Stigmatisierungen, Enttäuschungen und Ängsten das Vertrauen in sich und ihre Fähigkeiten verloren hatten. Dieses war für mich einer der ausschlaggebenden Gründe, mich mit dem Thema der Ressourcenförderung auseinander zu setzen, da viele der Klienten sehr viele Fähigkeiten besaßen, die sie selbst nicht erkennen konnten. Es erstaunte mich immer wieder, auf wie vielen Gebieten sie sich auskannten und wie interessiert sie auf anderen Gebieten zu sein schienen.

Das in dieser Diplomarbeit vorgestellte Konzept der „ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung“ wurde von mir, aufgrund meiner Erfahrungen in der Begleitung psychisch Kranker vor allem aber schizophren erkrankter Menschen, im Laufe meines Studiums erarbeitet. Das Konzept baut auf dem Konzept „Bildung als

Chance“ von H. Lazarus und M. Bosshard auf und soll als eine neue Möglichkeit für die Soziale Arbeit in der Begleitung von Menschen mit einer, vor allem chronisch verlaufenden, schizophrenen Störung dienen. Als chronische Erkrankung werden eine Vielzahl verschiedener Krankheiten mit unterschiedlicher Ätiologie, Symptomatik und Prognose bezeichnet, die sich meist langsam entwickeln, über einen langen Zeitraum andauern, einen unvorhersagbaren Verlauf nehmen und bei denen eine vollständige Heilung nicht möglich ist (vgl. Beuler, 1988: S.1). Gerade chronisch psychisch kranke Menschen haben oft auf Grund zahlreicher Probleme, nur wenige Möglichkeiten ihr Leben so zu gestalten, wie sie es sich wünschen. Die mit der Zeit abnehmenden Heilungschancen fördern zudem das Gefühl für immer auf Hilfe angewiesen zu sein. Dadurch verringert sich zusätzlich das Vertrauen in die eigenen Handlungsmöglichkeiten. Diesem versucht die ressourcenorientierte biografische Gesprächsführung entgegen zu wirken.

Ganz allgemein befasst sich das Konzept der „ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung“ mit den Ressourcen, vornehmlich mit den Aktivitätsressourcen einer Person, die anhand der individuellen Biografie eines Klienten, in Gesprächen erschlossen und dahingehend gefördert werden sollen, dass es dem Betroffenen möglich wird, seinen Alltag aktiv und Freude bringend zu gestalten. Es besteht dabei die Hoffnung, dass durch das Bewusstwerden der eigenen Ressourcen und Fähigkeiten, durch eine Steigerung Freude bringender Aktivitäten im Alltag psychisch kranker Menschen und die damit verbundene Steigerung von Erfolgserlebnissen, das Selbstwertgefühl, das Selbstbewusstsein, die Eigenverantwortung und das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten so gestärkt werden kann, dass die als sinnlos angesehene und druckausübende freie Zeit, als etwas sinnvolles und positives angesehen werden kann. Darüber hinaus könnte eine Steigerung der Aktivität und Erfolgserlebnisse einen weiteren sozialen Rückzug und Stigmatisierungen vermeiden, wenn die Gesellschaft erkennt, dass psychisch kranke Menschen mehr können und wollen, als ihnen im Allgemeinen zugesprochen wird.

Gerade für das professionelle Handeln in der Sozialen Arbeit ist es von großer Bedeutung die Leistungsangebote so auszurichten, dass die Kompetenzen der Klienten zum Tragen kommen können. Ich denke, dass das vorgestellte Konzept hierzu einen neuen Beitrag leisten kann, da es sich nicht primär auf die Behebung sozialer Probleme der Klienten bezieht, sondern auf die Förderung der Kompetenzen und Fähig-

keiten, um den Weg außerhalb des psychiatrischen Kontextes, durch eine Stärkung des Selbstvertrauens und durch Erfolgserlebnisse, zu fördern.

Aus neueren Untersuchungen der WHO und Weltbank ist bekannt, dass psychische und in ganz besonderem Maße depressive Erkrankungen von wesentlicher ökonomischer Relevanz sind (vgl. Möller/ Laux/ Deister, 2005: S.6).¹⁾ Die Diagnose Schizophrenie kommt häufig bei Patienten in Langzeitbereichen vor. In der Versorgungslandschaft der Psychiatrie bilden die Menschen mit Diagnosen aus der Gruppe der schizophrenen Psychosen wegen ihres hohen psychosozialen und medizinischen Hilfebedarfs die größte Patientengruppe (Bosshard/ Ebert/ Lazarus, 2007: S.211).

Auf Grund dieser zunehmenden ökonomischen Relevanz psychischer Krankheiten, erscheint eine bessere Versorgung psychisch kranker Menschen sinnvoll, die nicht nur auf die Linderung subjektiver Leiden zielt, sondern vor allem auf die Chance der Aktivierung von eventuell brachliegenden Ressourcen, um das Vertrauen des Klienten in sich und seine Fähigkeiten zu stärken.

Das Konzept der „ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung“ habe ich erstmalig in den vergangenen Monaten gemeinsam mit einem Klienten der Sozialpsychiatrischen Ambulanz erprobt. Es handelt sich hierbei um keine repräsentative Studie. Die Auswertungen der Gespräche mit diesem Klienten dienen als Beispiel zur Veranschaulichung und für eine erste Darstellung der Effekte des Konzeptes. Aufgrund dieser nicht repräsentativen Ergebnisse kann man die Veränderungen des Klienten im Laufe der Gespräche nicht ausschließlich auf diese zurückführen, da auch andere Situationen oder therapeutische Maßnahmen für die Veränderung ausschlaggebend gewesen sein können. Allerdings ist anzunehmen, dass die Veränderungen zu einem größeren Teil mit dem Konzept zu tun hatten, da sich der Klient in den vergangenen 20 Jahren kaum Aktivitäten gewidmet hatte.

Auf den folgenden Seiten der Diplomarbeit wird nun das Konzept der „ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung“ dargestellt.

Das zweite Kapitel soll zunächst die Grundlagen in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen verdeutlichen. Dabei wird auf den psychiatrischen Kontext und die Rolle der Sozialen Arbeit beziehungsweise der Sozialpädagoginnen in diesem eingegangen. Da das Konzept vornehmlich für Menschen mit einer psychischen beziehungsweise schizophrenen Erkrankung konzipiert wurde, wird zudem als Grundlage für das Konzept die Beschaffenheit psychischer Erkrankungen und vor allem schizophrener

Störungen erklärt. Als Grundlage wird hier zudem das Fallbeispiel des chronisch schizophren erkrankten Herrn A. vorgestellt, auf welchen im weiteren Verlauf als Veranschaulichung bezug genommen wird, und die Auswirkungen einer psychischen Erkrankung auf den Alltag der Betroffenen dargelegt.

Im dritten Kapitel wird das Konzept der „ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung“, welches aus vier Bausteinen besteht, dargestellt. Es soll verständlich gemacht werden, warum dieses eine neue Möglichkeit für die Soziale Arbeit in der Begleitung von Menschen mit schizophrener Störung darstellt. Dabei wird auf die notwendige positive und vertrauensvolle Grundhaltung eingegangen, definiert was Aktivitätsressourcen beschreibt, wie diese durch eine Ressourcenanamnese, eine daraus resultierende Ressourcendiagnose und einen Ressourcenförderplan gemeinsam mit dem Klienten entdeckt und gefördert werden können und wie es möglich werden kann, dass diese trotz mangelnder Motivation oder den Symptomen, wie Antriebsarmut, realisiert werden können. Dabei bezieht sich das beschriebene Konzept auf andere wichtige Theorien und Konzepte, wie unter anderem auf den personzentrierten Ansatz von C. Rogers und die motivierende Gesprächsführung nach W. Miller und S. Rollnick, und versucht diese hilfreich zu integrieren.

Im vierten Kapitel werden die möglichen Effekte des Konzeptes beschrieben. Hierbei wird kurz auf die erzielten Effekte eingegangen, die das Konzept in bezug auf Herrn A. hatte. Da es sich um keine repräsentative Studie handelt, werden im Weiteren die möglichen und angenommenen Effekte beschrieben werden, die im Rahmen des Konzeptes erzielt werden könnten. Dabei liegt das Augenmerk auf den Möglichkeiten der Stressbewältigung und der Gesundheitsförderung.

Das fünfte Kapitel befasst sich, der Vollständigkeit halber, mit den Grenzen des Konzeptes. Es wird versucht zu beschreiben, in welchen Situationen und unter welchen Umständen und Hindernissen eine ressourcenorientierte biografische Gesprächsführung nicht zustande kommen kann.

Im Anhang finden sich grafische Darstellungen zur Veranschaulichung des Textes, ein Gesprächsleitfaden, das Analysesystem zur Erstellung einer Ressourcendiagnose und die Fragebögen zur Messung erster Effekte des Konzeptes. Durch die hochgestellten Ziffern im Text wird auf den Anhang verwiesen.

Zuletzt möchte ich darauf hinweisen, dass in dieser Arbeit für die professionell Handelnden in der Sozialer Arbeit die weibliche Form verwendet wurde, da die Mehrzahl dieser Berufsgruppe angehörigen Personen Frauen sind. Für alle anderen Berufsbezeichnungen und den Adressaten beziehungsweise Klienten Sozialer Arbeit wurde die männliche Form gewählt. Zwischen den Begriffen psychische Erkrankung und psychische Störung gibt es keine Unterscheidung. Zudem werden Klienten zeitweise als Patienten bezeichnet, wenn es um die allgemeine psychiatrische Versorgung in der medizinische orientierten Psychiatrie geht.

2. Menschen mit psychischen Erkrankungen in psychiatrischen Kontexten

Dieses Kapitel soll sich im Vorhinein den Umständen widmen, die zu einer psychischen Erkrankung führen können, in welchem Umfeld diese, durch verschiedene Therapieverfahren und unterschiedlich ausgebildete Professionelle, zu meist in einem multiprofessionellem Team, behandelt werden können, welche Rolle dabei die Soziale Arbeit einnimmt und wie sich eine psychische Erkrankung auf den Alltag der betroffenen Menschen auswirken kann.

Das Kapitel soll einen groben Überblick über die Entstehung von psychischen Erkrankungen und den psychiatrischen Kontext geben. Daher kann hier nur Allgemeines angesprochen werden. Die schizophrene Störung hingegen wird ausführlich beschrieben, da das Konzept der „ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung“ hauptsächlich mit Menschen arbeitet, die von einer schizophrenen Erkrankung betroffen sind.

2.1. Der psychiatrische Kontext

Das Wort Psychiatrie beschreibt sowohl die Psychiatrie als Institution, in der sich Menschen begegnen, als auch die Psychiatrie als Wissenschaft, als Teilgebiet der Medizin. Psychiatrie bedeutet wörtlich übersetzt etwa „Seelenheilkunde“.

Psychiatrie als Wissenschaft umfasst die Erforschung, Diagnostik und Therapie psychischer Krankheiten des Menschen, wobei gerade im Zusammenwirken biologischer und psychosozialer Faktoren und deren Auswirkungen auf das psychopathologische Erscheinungsbild das Wesen der Psychiatrie liegt (vgl. Möller/ Laux/ Deister, 2005: S.1). Das Gespräch steht im Zentrum diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen.

Die ärztliche Hilfe ist aber nicht der einzige Aspekt psychiatrischer Hilfen. Ganzheitlich gesehen ergänzen die ärztlichen Hilfen, so zum Beispiel die Verabreichung von Medikamenten, unter anderem die Psychotherapie, die Bewegungstherapie und die Hilfen beim Arbeiten und Wohnen.

In der heutigen psychiatrischen Institution arbeiten die verschiedensten Berufsgruppen, als multiprofessionelles Team zusammen, um den Patienten/ Klienten vielfältiger wahrzunehmen und auf die Besonderheiten in der Behandlung einer psychischen Krankheit achten zu können.

Die Psychiatrie arbeitete nach dem folgendem Krankheitsbegriff: „Krankheiten sind Störungen im Ablauf der Lebensvorgänge, die mit einer Herabsetzung der Leistungsfähigkeit einhergehen und meist mit wahrnehmbaren Veränderungen des Körpers verbunden sind. Die Krankheitsursachen sind äußere wie Hitze, Kälte, Nässe, krankheitserregende Lebewesen, mechanische und chemische Schädlichkeiten, innere wie ererbte Krankheitsanlagen oder eine im Laufe des Lebens erworbene Bereitschaft zu bestimmten Krankheiten“ (vgl. Dörner/ Plog/ Teller/ Wendt, 2007: S.36).

In der heutigen Sozialpsychiatrie wird dieser Krankheitsbegriff, um den Aspekt der Beziehung zu sich, zu Anderen und zur Umwelt erweitert, um eine ganzheitliche, nicht nur medizinische Therapie, zu ermöglichen. Dieses Schema führte zu einer feineren Einteilung psychischer Krankheiten.

Grundlage für die Abgrenzung der Krankheiten ist die von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebene Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD), als Teil der internationalen gesundheitsrelevanten Klassifikationen. Diese oft kritisierte Kategorisierung psychischer Erkrankungen schafft die Grundlage für die Erforschung multifaktorieller Entstehungszusammenhänge und damit die Voraussetzung für deren Behandlung. Die multifaktorielle Ätiologie psychischer Erkrankungen meint, dass nicht nur biologische Aspekte für die Entstehung einer psychischen Erkrankung ursächlich sind, sondern auch psychische und soziale Aspekte eine erhebliche Relevanz haben, besonders in der Verbindung mehrerer Faktoren.

Die „Landschaft“ psychiatrischer Hilfen ist groß. Seit der Veröffentlichung der Psychiatrie-Enquete in den 70er Jahren hat sich das Bild der psychiatrischen Versorgung grundsätzlich geändert. Von einer zentralen Versorgung psychiatrischer Patienten in psychiatrischen Großkrankenhäusern, in denen sie lebten und arbeiteten, wandelte sich die Versorgung hin zu einer dezentralen Versorgung im eigenen Wohnraum. Dies erfolgte unter anderem durch eine Reduktion der Bettenzahl in Großkrankenhäusern, eine gemeindenahere Versorgung psychisch Kranker, die Einrichtung komplementärer Versorgungsstrukturen, die Einrichtung von psychiatrischen Abteilungen an Stadtkrankenhäusern und der Betonung der therapeutischen Atmosphäre im psy-

chiatrischen Krankenhaus (vgl. Möller/ Laux/ Deister, 2005: S.11). Die zahlreichen Vereine und Träger haben besonders im ambulanten Bereich vielfältige Angebote geschaffen, zu deren Schwerpunkten die Beratung und Begleitung, die Hilfen im Bereich Wohnen, die rehabilitativen Hilfen sowie die Unterstützung im Bereich Arbeit gehören (vgl. Bosshard/ Ebert/ Lazarus, 2007: S.134). In der Regel werden psychisch kranke Menschen erst dann stationär behandelt, wenn das Behandlungsziel durch teilstationäre und ambulante Behandlungen nicht mehr erreicht werden kann. Die psychiatrischen Krankenhäuser gewährleisten bislang ausschließlich die Akut- und Krisenbehandlung (Bosshard/ Ebert/ Lazarus, 2007: S.134).

2.2. Die Verortung der Sozialen Arbeit im psychiatrischen Kontext

Im folgenden Abschnitt soll nun auf die Rolle der Sozialen Arbeit, beziehungsweise die Rolle der Sozialpädagoginnen, in dem psychiatrischen Kontext, besonders aber in der Psychiatrie als Institution, eingegangen werden, da in den meisten psychiatrischen Institutionen Sozialpädagoginnen und Sozialarbeiterinnen Teil des multiprofessionellen Teams sind. Ganz allgemein beschrieben, bezieht sich die Soziale Arbeit im psychiatrischen Kontext auf psychosoziale Prozesse bei der Lebensbewältigung und die damit verbundenen Schwierigkeiten.

Sozialpädagoginnen müssen in diesem Arbeitsfeld nicht nur mit den Verwaltungen verschiedenster Einrichtungen und Dienste kooperieren, sondern sind auch Teil des Mitarbeiterteams einer Klinikabteilung, eines Sozialpsychiatrischen Zentrums oder einer Rehabilitationseinrichtung, innerhalb dessen sie mit verschiedenen Berufsgruppen kooperieren (vgl. Bosshard/ Ebert/ Lazarus, 2007: S.73).

Professionelles Handeln Sozialer Arbeit im sozialpsychiatrischen Arbeitsfeld hat mit komplexen, nicht standardisierbaren Problemstellungen zu tun, die nur in Kooperation mit den Betroffenen bearbeitet werden können. Die professionellen Leistungsangebote richten sich nach den Kompetenzen der Betroffenen und ihren sozialen Bezugspersonen, damit diese in der gemeinsamen Arbeit zum Tragen kommen können. Wesentlich in der Handlungspraxis mit Menschen, die oftmals in ihrer Identitätsbildung gestört sind, ist zudem, die unterschiedlichen Bedürfnisse, Belastungen und

Möglichkeiten von Frauen und Männern hinreichend wahrzunehmen und in den Interventionen zu berücksichtigen (vgl. Dörr, 2005: S.93, 94; zit. n. Dörr 2002a). Des Weiteren kann die Form der erforderlichen beziehungsweise wünschenswerten Hilfen nur im Einzelfall beurteilt und entschieden werden. Zudem erfordert die Struktur der zu bearbeitenden Probleme ein hohes Maß an Autonomie und Selbstreflexivität der Professionellen (vgl. Dörr, 2005: S.94). Diese fünf genannten Punkte bilden für Dörr die Grundlage für professionelles Handeln der Sozialen Arbeit im psychiatrischen Kontext.

Für die Soziale Arbeit sind solche Erkrankungen, in erster Linie chronische Erkrankungen relevant, die komplikationsreich verlaufen und mit sozialen Konsequenzen verbunden sind, die die Klienten belasten und den Heilungsverlauf beeinflussen (vgl. Ansen/ Gödecker-Geenen/ Nau, 2004: S.13). Die Lebenslage und die Lebenssituation psychisch kranker Menschen ist durch zahlreiche Belastungen bestimmt. Die Betroffenen sind nicht nur mit unmittelbar krankheitsbedingten Einschränkungen konfrontiert, sondern erleben meist in Folge der Erkrankung eine Vielzahl weiterer Einschränkungen, wie Armut, soziale Isolation und Stigmatisierung, die ihren Alltag prägen und zu einem Leben im gesellschaftlichen Abseits führen (vgl. Bosshard/ Ebert/ Lazarus, 2007: S.51,52). Die beruflichen Aufgaben von Sozialpädagoginnen stehen in einem unmittelbaren Bezug zur alltäglichen Lebenspraxis ihrer Klienten. Sie sind mit einer Vielzahl von Aufgaben und Tätigkeiten befasst. Während der Arzt und der Patient in Kontakt kommen, weil letzterer erkrankt ist und die Erkrankung Anlass und Ausgangspunkt für ihre gemeinsame Arbeit ist, kommen Sozialpädagogin und Klient in Kontakt, weil dieser in seinem Alltag mit verschiedensten Schwierigkeiten konfrontiert ist, die er nicht oder nur eingeschränkt allein bewältigen kann. Anlass und Ausgangspunkt der gemeinsamen Arbeit sind die komplexen und eher verwirrenden Lebensbezüge des Klienten (Bosshard/ Ebert/ Lazarus, 2007: S.74). Das ärztliche Handeln orientiert sich an definierten Erscheinungsformen von Krankheiten und einer spezifischen Abfolge fachgerechter Behandlungsschritte, welche sich eher als linear und geschlossen beschreiben lassen, wo hingegen sozialpädagogisches Handeln sich eher um einen offenen und dialogischen Prozess bemühen muss und über weniger Möglichkeiten verfügt, ihre Arbeitsweisen zu standardisieren (vgl. Bosshard/ Ebert/ Lazarus, 2007: S.74). Die vorrangigen Beschäftigungsgegenstände der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie sind daher die sozialen Problemlagen und lebensweltlichen Bezüge von psychisch Kranken und ihren Angehörigen, und hier ganz beson-

ders die psycho-sozialen Folgen von psychischen Störungen, Krankheiten und Behinderungen, mit allen Gefährdungsformen des sozialen Abstiegs, der Auflösung primärer lebensweltlicher Bezüge, des sozialen Andersseins, der gesellschaftlichen Diskriminierung und Ausgrenzung usw. (vgl. Lazarus, 2000: S.165).

Die Notwendigkeit einer ethischen Fundierung findet in der Sozialen Arbeit ihren Ausdruck in der Formulierung von Arbeitsprinzipien, wie „Hilfe zur Selbsthilfe“ oder „Gemeinwesenorientierung“, welches handlungsleitende Kategorien sind, die einerseits ethische und anthropologische Grundannahmen enthalten und andererseits durch verschiedene wissenschaftliche Modelle gestützt werden (vgl. Bosshard/ Ebert/ Lazarus, 2007: S.86,87).

2.3. Die Beschaffenheit psychischer Erkrankungen

Ein psychisch Kranker ist ein Mensch, der bei der Lösung einer altersgemäßen Lebensaufgabe in eine Krise und Sackgasse geraten ist, weil seine Verletzbarkeit und damit sein Schutzbedürfnis und sein Bedürfnis, Nicht-Erklärbares zu erklären, für ihn zu groß und zu schmerzhaft geworden sind (Dörner/ Plog/ Teller/ Wendt, 2007: S.17; zit. n. Beuler, 1987).

Als psychische Erkrankungen gelten, unabhängig von ihren Entstehungszusammenhängen, gravierende Abweichungen des Erlebens, Fühlens, Denkens und/ oder Verhaltens eines Menschen, wobei sie eine Funktionsbeeinträchtigung in wichtigen Bereichen, Belastungen und Leidensdruck mit sich bringen.

Psychische Störungen und Erkrankungen treten als Symptome im Bereich der Emotionen, des Denkens und Wahrnehmens, des Verhaltens sowie des körperlichen Erlebens und Empfindens auf und manifestieren sich als somatische und psychische Störungen sowie Störungen des Verhaltens und des subjektiven Erlebens (vgl. Bosshard/ Ebert/ Lazarus, 2007: S.24). Dabei ist jedoch zu beachten, dass nie der ganze Mensch psychisch krank ist. Neben der Krankheit gibt es auch immer noch gesunde Anteile.

In der Regel werden psychotische und neurotische Störungen unterschieden. Grob gesprochen bedeutet „psychotisch“ hier, dass Betroffene den Kontakt zur Realität verloren haben. Zu den psychotischen Störungen zählen unter anderem die Schizo-

phrenie und die manisch-depressive Erkrankung. Im Vergleich dazu sind Betroffene bei einer neurotischen Störung, wie zum Beispiel Angst- und Zwangserkrankungen, geringer beeinträchtigt.

Psychische Erkrankungen sind trotz einer gewissen Regelmäßigkeit der Symptome immer sehr persönliche Vorgänge, d.h. der Zeitpunkt ihres Auftretens und ihre Inhalte hängen stark von der Disposition und der Lebensgeschichte ab (Clausen/ Dresler/ Eichenbrenner, 1997: S.65).

Nach heutigen Erkenntnissen werden die meisten psychischen Erkrankungen multifaktoriell verursacht, wobei in der Regel psychische und körperliche Faktoren eng miteinander verbunden sind. Nach dem biopsychosozialen Modell, dem allgemeinen Krankheitsmodell für die Entstehung und den Verlauf psychischer Erkrankungen, entsteht aus der Wechselwirkung von Anlagen und Erfahrungen eine Krankheitsdisposition, wobei weder biologischen noch psychosozialen Faktoren eine ausschließliche Bedeutung beigemessen wird. Diese Disposition, auch Vulnerabilität genannt, kann Ausdruck des Fehlens, zum Beispiel von Schutzfaktoren, oder der Überentwicklung einer Eigenschaft sein. Aufgrund eines aktuellen Ereignisses, einer neuen lebenszyklischen Aufgabe oder Ähnlichem kann es vor dem Hintergrund der Disposition zu einer Krise, im Falle einer Krankheit sogar zu einer Entgleisung kommen (Rahn/ Mahnkopf, 2005: S.46). Nicht der organische Ursprung, die psychische Fehlentwicklung, die schwierige Familie oder die unzumutbaren sozialen und materiellen Bedingungen verursachen demnach, jeweils für sich genommen, eine psychische Erkrankung und deren Chronifizierung (Grabert, 2007: S.14). Vielmehr besteht die Auffassung, dass die verschiedenen Faktoren zusammenwirken müssen, damit sich eine psychische Erkrankung manifestiert (Grabert, 2007: S.14).²⁾

Die Erkrankung hat daher immer einen Gegenwartsbezug, weist aber gleichzeitig auf die Konstitution und Biografie des Betroffenen hin (Rahn/ Mahnkopf, 2005: S.46).

Der Verlauf der meisten psychischen Erkrankungen ist episodisch, von verschiedenen Bedingungen abhängig und daher sehr variabel, wobei Heilungen, Rezidive und zu einem gewissen Prozentsatz Chronifizierungen möglich sind.

Die Therapie psychischer Erkrankungen orientiert sich an ihren multifaktoriellen Entstehungszusammenhängen und integriert neben psychopharmakologischen, psychotherapeutische und soziotherapeutische Maßnahmen, wobei das Gespräch im Zentrum der Behandlung steht.

Psychische Erkrankungen sind weit verbreitet. Bis zu 39 Prozent der Erwachsenen zeigen eine psychische Störung, die allerdings nur bei einem Teil Behandlungsbedürftigkeit mit sich bringt (Rahn/ Mahnkopf, 2005: S.176).

Die Prognose von psychischen Erkrankungen im Hinblick auf die Symptome ist insgesamt eher günstig, da es bei den weitaus meisten psychischen Erkrankungen in ihrem Verlauf zu einer vollständigen Heilung kommt.

Jedoch kommt es auch bei einem gewissen Prozentsatz zu einem chronischen Krankheitsverlauf, der umso wahrscheinlicher wird, je gravierender und anhaltender die Fähigkeitsstörungen und die sozialen Bedingungen sind. Diese sogenannten psychiatrischen Langzeitpatienten sind Menschen, deren psychische Erkrankung einen chronischen Verlauf genommen hat und die dadurch langfristig intensiv durch psychiatrische Institutionen betreut oder in immer kürzeren Intervallen aufgenommen und entlassen werden.

2.3.1. Die schizophrene Erkrankung

Im Folgenden wird die schizophrene Störung genauer betrachtet, da das Konzept der „ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung“ vornehmlich mit Menschen arbeitet, die von einer Schizophrenie betroffen sind.

Der Begriff „Schizophrenie“, dessen Übersetzung „Spaltungsirrsein“ bedeutet, wurde 1907 von Eugen Bleuler eingeführt.

Bei einer Schizophrenie kommt es zum Auftreten charakteristischer, symptomatisch oft sehr vielgestaltiger psychopathologischer Querschnittsbilder mit Wahn, Halluzinationen, formalen Denkstörungen, Ich-Störungen, Affektstörungen und psychomotorischen Störungen, wobei nachweisbare körperliche Ursachen fehlen (vgl. Möller/ Laux/ Deister, 2005: S.134).

Psychisch kranke Menschen und ihre Angehörigen sprechen eher von einer Psychose als von einer Schizophrenie, weil sie diese Bezeichnung neutraler, unbelasteter und weniger endgültig erleben als die Diagnose Schizophrenie (vgl. Bosshard/ Ebert/ Lazarus, 2007: S.182).

Die Prävalenz der schizophrenen Psychosen liegt bei 0,5 % bis 1 %, wobei diese in verschiedenen Ländern mit unterschiedlichem soziokulturellen Hintergrund etwa gleich ist. Die Wahrscheinlichkeit im Laufe des Lebens an einer Schizophrenie zu erkranken, beträgt für die Durchschnittsbevölkerung etwa 1 %, wobei Männer und

Frauen gleich häufig betroffen sind (vgl. Möller/ Laux/ Deister, 2005: S.134). Schizophrene Störungen entstehen am häufigsten in der Adoleszenz zwischen dem 15. und dem 25. Lebensjahr, nur gelegentlich in höherem Alter. Das durchschnittliche Prädiktionsalter für den Ausbruch der Erkrankung liegt bei Männern im Alter von 21 Jahren, bei Frauen etwa fünf Jahre später (Möller/ Laux/ Deister, 2005: S.134).

Die Suche nach der Ätiologie der Schizophrenie hat bis heute keine eindeutigen Ursachen erbracht (Rey/ Thurm, 1998: S.572). Vielmehr wurde eine Vielzahl von Faktoren gefunden, die zur Entstehung und zum Verlauf der Erkrankung beitragen, so dass heute als Erklärungsmodell zur Ätiologie der Schizophrenie von einer multifaktoriellen Entstehung der Erkrankung ausgegangen wird, ausgelöst durch genetisch-biologische und psychosoziale Faktoren. Im Sinne eines Vulnerabilitäts-Stress-Modells kommen zu der genetischen Disposition die psychosozialen Faktoren hinzu, um die Erkrankung manifest werden zu lassen. Diese Faktoren führen in wechselnder Kombination zu verletzligen, praemorbiden Persönlichkeiten, welche dazu neigen, auf Belastungen überdurchschnittlich stark mit Spannung, Angst, Verwirrung, Denkstörungen, Derealisations- und Depersonalisationserlebnissen bis zu Wahn und Halluzinationen zu reagieren (vgl. Dörner/ Plog/ Teller/ Wendt, 2007: S.150). Auch der Konsum psychoaktiver Substanzen kann die Entstehung der Erkrankung begünstigen. Insgesamt werden von der modernen Schizophrenieforschung zunehmend die kognitiven Störungen Schizophrener als eine primäre, schon vor Ausbruch der Psychose vorhandene, Kernsymptomatik der Schizophrenie angesehen und im Rahmen einer genetisch disponierten und/ oder exogen verursachten Entwicklungsstörung des zentralen Nervensystems interpretiert (vgl. Möller/ Laux/ Deister, 2005: S.137). Aus biochemischer Sicht wird eine Überaktivität zentralnervöser dopaminerger Strukturen im mesolimbischen System als wichtigstes Korrelat akuter schizophrener Psychosen diskutiert (Möller/ Laux/ Deister, 2005: S.137). Psychosoziale Faktoren können ursächlich oder mitauslösend sein, da jede Form psychosozialer Überstimulation, sei es durch emotionale Anspannung, Stress, kritische Lebensereignisse oder ähnliches, das Auftreten schizophrener Produktivsymptomatik zu begünstigen scheinen. Andererseits erhöht eine psychosoziale Unterstimulierung die Wahrscheinlichkeit der Ausbildung eines durch Negativsymptomatik geprägten Residualzustandes (vgl. Möller/ Laux/ Deister, 2005: 140). Die Stressfaktoren, die das vulnerable Terrain ins Rutschen bringen und den Dekompensationsprozess auslösen, der in die akute Psychose führt, sind nicht irgendwelche unspezifischen Belastungen, sondern sie

sind aus bestimmten Gründen für eine Person belastend, auch wenn diese für einen Außenstehenden zunächst nicht nachvollziehbar sind (vgl. Bosshard/ Ebert/ Lazarus, 2007: S.219). Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell integriert die organischen und psychologischen Hypothesen über die Entstehung der Schizophrenie (Dörner/ Plog/ Teller/ Wendt, 2007: S.170). Unter Anerkennung somatischer Faktoren für die Entstehung und den Verlauf gilt die Schizophrenie selbst aber nicht als vererbt, sondern lediglich die Vulnerabilitätsmerkmale (Dörner/ Plog/ Teller/ Wendt, 2007: S.170).

Die Schizophrenie ist durch ein charakteristisches Störungsmuster verschiedener psychischer Bereiche gekennzeichnet. Es gibt keine eindeutig pathognomonischen Symptome der Schizophrenie, man kann aber mehr oder weniger charakteristische Symptome beziehungsweise Symptombereiche, wie unter anderem Wahn, Halluzinationen, Ich-Störungen, formale Denkstörungen, affektive Störungen und katatone Symptome, hervorheben (Möller/ Laux/ Deister, 2005: S.142). Auch Angst bestimmt besonders häufig das Erleben eines an einer Schizophrenie erkrankten Menschen. Es wird zwischen positiver Symptomatik, welche in akuten Phasen überwiegt, und negativer Symptomatik unterschieden.³⁾

Zu der schizophrenen Positivsymptomatik werden Wahn, Halluzinationen, die häufigsten Symptome der Schizophrenie, Ich-Störungen, Affektstörungen und formale Denkstörungen, zu der Negativsymptomatik Alogie, Affektverflachung, Apathie, Anhedonie, Asozialität und Aufmerksamkeitsstörungen gezählt. Diese werden im Nachfolgenden kurz beschrieben.

Als Wahn bezeichnet man eine krankhaft falsche Beurteilung der Realität, die erfahrungsunabhängig auftritt und an der mit subjektiver Gewissheit festgehalten wird (Möller/ Laux/ Deister, 2005: S.143). Wahn äußert sich als Wahneinfall oder als Wahnwahrnehmung oder als Erklärungswahn, mit dem der Kranke für ihn rätselhafte Halluzinationen deutet (Möller/ Laux/ Deister, 2005: S.142). Inhaltlich können nahezu alle Lebensumstände des Menschen Gegenstand eines Wahns werden. Schizophrene Wahngedanken haben oft etwas Bizarres oder einen magisch-mystischen Charakter und sind oft uneinfühlbar. Im weiteren Verlauf können die zunächst oft noch isolierten und fluktuierenden Wahnideen zu einem Wahnsystem ausgebaut werden (vgl. Möller/ Laux/ Deister, 2005: S.142).

Als Halluzinationen bezeichnet man Sinnestäuschungen. Besonders charakteristisch bei der Schizophrenie sind die akustischen Halluzinationen in der Form des Stim-

menhörens. Halluzinationen kommen aber auch als optische Halluzinationen, Geruchs- und Geschmackshalluzinationen sowie als Körperhalluzinationen vor.

Ich-Störungen können als eines der zentralen Probleme von an Schizophrenie erkrankten Menschen angesehen werden (Bosshard/ Ebert/ Lazarus, 2007: S.182). Der Begriff beschreibt den Verlust der Kontrolle des Ichs über Denken, Wahrnehmen und Fühlen. Die Grenzen zwischen Ich und Umwelt werden als durchlässig empfunden.

Formale Denkstörungen sind Störungen des Denkablaufes, die sich in sprachlichen Äußerungen zeigen. Begriffsverwendung und logische Argumentationen werden unpräziser, der gedankliche Bogen wird nicht durchgehalten, der Informationsgehalt des Gesprochenen nimmt ab (vgl. Möller/ Laux/ Deister, 2005: S.145). Typische schizophrene Veränderungen des formalen Denkens sind Kontamination, Neologismus, Zerfahrenheit, Schizophasie, Vorbeireden, Sperrung, Paralogik und Konkretismus (vgl. Möller/ Laux/ Deister, 2005: S.145).

Bei affektiven Störungen im Rahmen der Schizophrenie ist der emotionale Kontakt zu Anderen reduziert, Gefühlsäußerungen und Mimik können inadäquat sein. An affektiven Störungen können bei schizophren erkrankten Menschen Parathymien, Paramimien, ein läppischer Affekt, psychotische Ambivalenzen und Affektarmut auftreten (vgl. Möller/ Laux/ Deister, 2005: S.145).

Alogie bezeichnet die Verarmung der Sprache und die Verlängerung der Antwortlatenz; Affektverflachung meint die Verarmung des Fühlens sowie der emotionalen Ausdrucks- und Reaktionsfähigkeit; der Mangel an Energie und Antrieb, Interesslosigkeit und Abschwächung des Willens beschreibt der Begriff Apathie; mit Anhedonie ist die Unfähigkeit gemeint, Vergnügen oder Freude zu empfinden; Asozialität meint die eingeschränkte oder fehlende Konfliktfähigkeit und dadurch den Mangel an sozialen Kontakten; schließlich ist mit Aufmerksamkeitsstörung die Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit gemeint (vgl. Möller/ Laux/ Deister, 2005: S.143). Die Beschreibung der zahlreichen Schizophreniesymptome zeigt, dass alle psychischen Funktionen betroffen sein können (Tölle/ Windgassen, 2006: S. 201).

Das IDC-10 legt für die Diagnose Schizophrenie die sechs Kriterien, Ich-Störung, Wahn, akustische Halluzinationen, sonstige Halluzinationen, Affektstörungen und Denkstörungen, fest. Die Diagnose Schizophrenie darf, nach den Leitlinien des ICD-10, nur gestellt werden, wenn mindestens ein Symptom aus der Gruppe der Ich-Störungen, des Wahns oder der akustischen Halluzinationen oder zwei Symptome

aus den Gruppen der sonstigen Halluzinationen, der Affektstörungen oder der Denkstörungen, in der meisten Zeit während einer psychotischen Episode für länger als einen Monat zu beobachten sind.

Bei der Schizophrenie handelt es sich nicht um ein einheitliches Krankheitsbild. Je nach Vorherrschen bestimmter Symptome unterscheidet man bestimmte Subtypen. Das ICD-10 unterscheidet neun Subtypen der Schizophrenie, die paranoide Schizophrenie, die hebephrene Schizophrenie, die katatone Schizophrenie, die undifferenzierte Schizophrenie, die postschizophrene Depression, das schizophrene Residuum, die Schizophrenia simplex, die sonstige Schizophrenie und die nicht näher bezeichnete Schizophrenie. Diese Subtypen sind keine eigenen Krankheitseinheiten, sondern nur besondere syndromatische Ausprägungen, die beim selben Kranken im Verlauf ineinander übergehen können (Möller/ Laux/ Deister, 2005: S.147). Im Folgenden werden die traditionellen Subtypen näher beschreiben.

Die paranoide Schizophrenie ist der häufigste Subtyp schizophrener Psychosen. Sie ist durch beständige, häufig paranoide Wahnvorstellungen gekennzeichnet, meist begleitet von akustischen Halluzinationen und Wahrnehmungsstörungen, die Stimmung, der Antrieb und die Sprache sind gestört, katatone Symptome fehlen entweder oder sind wenig auffallend (vgl. Weltgesundheitsorganisation/ Dilling/ Freyberger, 2006; S.92).

Der Subtyp der katatonen Schizophrenie ist ein relativ seltener. Die katatone Symptomatik beherrscht das klinische Bild und ist gekennzeichnet durch die im Vordergrund stehenden psychomotorischen Störungen, die zwischen Extremen wie Erregung und Stupor sowie Befehlsautomatismus und Negativismus alternieren können.

Der hebephrene Typ tritt insbesondere im Jugendalter auf. Im Vordergrund stehen affektive Störungen verbunden mit formalen Denkstörungen, das Verhalten ist verantwortungslos und unvorhersagbar. Wahnvorstellungen und Halluzinationen treten flüchtig und bruchstückhaft auf (vgl. Weltgesundheitsorganisation/ Dilling/ Freyberger, 2006: S.93).

Bis heute gelten schizophrene Erkrankungen im eigentlichen Sinne als nicht heilbar. Allerdings gibt es eine ganze Reihe von Behandlungsmöglichkeiten, die es den Betroffenen ermöglichen, ein weitgehend „normales“ Leben zu führen.

In der Therapie der schizophrenen Erkrankung orientiert sich der mehrdimensionale Therapieansatz, der psychopharmakologische mit psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Maßnahmen verbindet, an der multifaktoriellen Ätiopathogenese der Erkrankung. Die psychopharmakologische Behandlung der schizophrenen Positiv- und Negativsymptomatik, die zumeist in der akuten Phase im Vordergrund steht, wird mit Neuroleptika und in der Regel als Monotherapie durchgeführt (vgl. Möller/ Laux/ Deister, 2005: S.150). Neuroleptika bieten einen „chemischen Reizschutz“, indem sie in die Neurotransmission eingreifen, vor allem im Dopaminsystem, und dort die Reizaufnahme blockieren (vgl. Bosshard/ Ebert/ Lazarus, 2007: S.221). Trotz der positiven Wirkung der Neuroleptika treten teilweise erhebliche Nebenwirkungen auf. Da das Dopamin wesentliche Funktionen bei der Bewegungssteuerung hat, treten in diesem Bereich teilweise extrapyramidalmotorischen Nebenwirkungen auf. Von besonderer Relevanz sind die Spätdyskinesien, die in etwa 20 % der Fälle bei der Langzeitbehandlung mit klassischen Neuroleptika vorkommen (vgl. Möller/ Laux/ Deister, 2005: S.154). Neuere Neuroleptika, die atypische Neuroleptika genannt werden, haben bei vergleichbarer antipsychotischer Wirkung keine oder bedeutend weniger extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen, wie die klassischen Neuroleptika. Bei ihnen treten andere Nebenwirkungen in den Vordergrund, wie zum Beispiel eine erhebliche Gewichtszunahme.

Im Zentrum der psychotherapeutischen Maßnahmen steht die supportive Behandlung. Probleme des täglichen Lebens und dem für schizophren erkrankte Menschen besonders wichtigen Problem der Über- und Unterstimulation wird bei der Beratung, in Einzel- oder Gruppentherapien, besonderes Gewicht beigemessen (vgl. Möller/ Laux/ Deister, 2005: S.155). Unter den psychotherapeutischen Maßnahmen bekommen verhaltenstherapeutische Ansätze, bei denen Verfahren zur Reduktion kognitiver Defizite und zur Verbesserung der sozialen Kompetenz, sowie familientherapeutische Ansätze eine zunehmende Bedeutung (vgl. Möller/ Laux/ Deister, 2005: S.155). Die Soziotherapie, zu deren Komponenten vor allem die Arbeits- und Beschäftigungstherapie, berufsrehabilitative Maßnahmen, die Arbeit an Milieufaktoren, die Strukturierung des Tagesablaufs sowie das Training sozialer Fertigkeiten gehören, soll vorhandene soziale Fähigkeiten des Klienten fördern und gleichzeitig die Entstehung beziehungsweise Verstärkung sozialer Defizite verhindern.

Die Verlaufsbreite einer schizophrenen Erkrankung ist groß und von vielen Faktoren abhängig. Das Vollbild der Schizophrenie kann akut auftreten oder sich schleichend entwickeln (Möller/ Laux/ Deister, 2005: S.157). Den charakteristischen Symptomen der Schizophrenie können im Rahmen des Prodromalstadiums, die Phase vor Beginn erster psychischer Veränderungen, weniger charakteristische Symptome, die Prodromalerscheinungen, vorausgehen. Die akute Manifestation der Erkrankung, die sich in der Entwicklung einer Positivsymptomatik zeigt, dauert Wochen bis Monate und kann nach unterschiedlich langen Intervallen rezidivieren. Die Krankheit kann in Schüben verlaufen, das heißt es kommt nach einigen oder mehreren Krankheitsmanifestationen zu einer gegebenenfalls zunehmend chronischen Residualsymptomatik, aber auch phasische Verläufe mit akuten Krankheitsmanifestationen und jeweils völliger Remission, bei etwa 30 % der Betroffenen, sind häufig (vgl. Möller/ Laux/ Deister, 2005: S.157). Bei einem geringen Prozentsatz, circa 5 % - 10 % der Klienten, bleibt die produktiv-schizophrene Symptomatik chronisch bestehen, ein wesentlich größerer Teil bildet einen vorwiegend durch Negativsymptomatik mit unterschiedlich starker Beimischung produktiver Restsymptomatik geprägten Residualzustand, etwa 30 %, aus (vgl. Möller/ Laux/ Deister, 2005: S.157). Bei etwa 10 % - 20 % der Betroffenen treten Psychosen einmalig auf.

Das ICD-10 unterscheidet acht verschiedene Verlaufstypen, wobei der Verlauf nur nach einem Beobachtungszeitraum von mindestens einem Jahr kodiert werden sollte. Zu ihnen zählen folgende Verläufe: kontinuierlich, keine Symptomremission im Beobachtungszeitraum; episodisch mit zunehmender Entwicklung negativer Symptome in den Krankheitsintervallen; Episoden mit anhaltenden, aber nicht zunehmenden negativen Symptomen in den Krankheitsintervallen; episodisch (remittierend), mit vollständiger oder praktisch vollständiger Remission zwischen den psychotischen Episoden; unvollständige Remission; vollständige Remission; sonstiger Verlauf; Verlauf unklar, Beobachtungszeitraum weniger als ein Jahr (vgl. Weltgesundheitsorganisation/ Dilling/ Freyberger, 2006: S.91,92).

Der Verlauf wird in erster Linie nicht von der Krankheit bestimmt und obwohl eine Reihe von Prognosemerkmalen bekannt sind, lässt sich der Verlauf im Einzelfall nicht mit Sicherheit vorhersagen. Der Verlauf ist abhängig von der sozialen Situation, der Persönlichkeit sowie den Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung und der Lebenslage (vgl. Bosshard/ Ebert/ Lazarus, 2007: S.221). Diese Erkenntnisse machen

deutlich, welchen Stellenwert psychosoziale und sozialpädagogische Hilfen haben (vgl. Bosshard/ Ebert/ Lazarus, 2007: S.221).

Unter den heutigen Möglichkeiten der Behandlung mit Neuroleptika und verbesserten psychosozialen Therapiemaßnahmen hat sich die Gesamtprognose dieser Erkrankung wesentlich gebessert, dennoch haben auch heute noch mehr als 50 % der Betroffenen einen ungünstigen Verlauf mit Rezidiven und Residualsymptomatik sowie erheblichen Störungen im Bereich der sozialen Integration (vgl. Möller/ Laux/ Deister, 2005: S.158).

2.3.2. Das Fallbeispiel des an einer chronisch verlaufenden schizophrenen Erkrankung leidenden Herrn A.

Im Folgenden soll kurz der Fall des an einer chronisch verlaufenden schizophrenen Erkrankung leidenden Herrn A. vorgestellt werden, da auf diesen in den nächsten Kapiteln, zur Veranschaulichung des Konzeptes der „ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung“, Bezug genommen wird. Zu der Gruppe der chronisch kranken Menschen zählen insbesondere Menschen, die zum Teil eine langjährige „Psychiatriekarriere“ mit wiederholten Klinikaufenthalten, zumeist mit gravierenden Problemen in den wichtigen Lebensbereichen, wie Arbeit, Lebensunterhalt, Wohnen und Sozialkontakte, hinter sich haben (vgl. Dörr, 2005: S.68).

Herr A. ist ein 42 jähriger allein lebender berenteter Landwirt und Einzelhandelskaufmann.

Herr A. leidet seit seinem 20. Lebensjahr an einer paranoiden Schizophrenie, mit Wahnerleben und akustischen Halluzinationen. Er entwickelte im Verlauf seiner Erkrankung ein durchgängig stabiles Wahnsystem bezüglich einer bedrohenden Verfolgung durch vom Bruder in Auftrag gegebene „Killer“, welche auch anhaltend sein soziales Handlungsfeld einschränken. Herr A. verließ die Wohnung kaum noch, schottete sich zunehmend ab und fühlte sich schließlich auch in seiner Wohnung verfolgt und von seinen Nachbarn bedroht, welches zudem auch sein Agieren in der eigenen Wohnung einschränkte. Diese Situation hält dauerhaft an. Insgesamt kam es zu vier stationär psychiatrischen Aufenthalten. Es lässt sich zudem eine Alkoholproblematik feststellen. Seinen Tagesablauf beschreibt Herr A. als wenig abwechslungsreich. Er schaue viel Fernsehen, im Schnitt neun bis zwölf Stunden. Er sei eher passiv und brauche Menschen um sich herum, die ihn animieren, etwas zu unter-

nehmen. Zu seiner Familie hat Herr A. nur noch wenig Kontakt. Lediglich seine Schwester sieht er ca. vier mal im Jahr. Soziale Kontakte hat er zu einem „Kumpel“ aus seiner Kneipe, gelegentlich zu anderen Patienten der Sozial Psychiatrischen Ambulanz des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, in der er begleitet und behandelt wird, und zu seinen Therapeuten.

2.4. Auswirkungen einer psychischen Erkrankung auf den Alltag der Betroffenen

Psychische Erkrankungen gehen zumeist einher mit Stigmatisierungen und Ausgrenzungen aus der Gesellschaft und dem nahen sozialen Umfeld der Betroffenen. Trotz der hohen Häufigkeit psychischer Störungen werden Personen, die psychisch erkrankt sind, oft in einer Form stigmatisiert, wie es bei organisch Kranken meist nicht der Fall ist (vgl. Zimbardo/ Gerrig, 2004: S.698). Menschen, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, müssen oft die Sorge haben, durch Tabuisierungs- und Diskriminierungsprozesse aus den normalen gesellschaftlichen Beziehungen ausgeschlossen zu werden. Diese negativen Einstellungen gegenüber psychisch kranken Menschen entstammen den unterschiedlichsten Quellen.

Nur wenige der Betroffenen suchen professionelle Hilfe auf, da die Symptome einer psychischen Erkrankung für viele schwer verständlich sind, abgelehnt, als schuldhaft interpretiert oder gar als gefährlich angesehen werden. Wegen psychischer Probleme Hilfe zu suchen ist für einen Betroffenen meist viel problematischer als die Inanspruchnahme ärztlicher Beratung wegen körperlichen Beschwerden (vgl. Möller/ Laux/ Deister, 2005: S.7). Die Unkenntnis über psychische Erkrankungen im Allgemeinen ist groß. Unzureichendes Wissen der Allgemeinbevölkerung über psychische Erkrankungen führen nicht nur zur mangelnden Auseinandersetzung mit einer psychischen Erkrankung, die jeden zu jeder Zeit treffen könnte, und zur Stigmatisierung von Betroffenen, sondern auch zu einer Stigmatisierung der Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungsinstitutionen. Dies führt dazu, dass auch die Betroffenen lange Zeit keine psychiatrische Hilfe aufsuchen. Spricht ein Betroffener über seine psychische Erkrankung, trifft er auf viel Unverständnis, Misstrauen und Argwohn bei seinen Mitmenschen (vgl. Möller/ Laux/ Deister, 2005: S.6). Gerade der Begriff Schi-

zophrenie löst bei vielen Menschen Vorurteile aus, Vorstellungen von etwas Unheimlichem, Unberechenbarem, Gefährlichem und Unheilbarem (Bosshard/ Ebert/ Lazarus, 2007: S.225). Allzu schnell werden psychisch kranke Menschen, ebenso wie andere Menschen, die wegen Schwierigkeiten in den Schutz von Institutionen geraten, auf die Rolle des Defizitwesens, des mit Störungen behafteten festgelegt und schließlich nehmen sie sich selbst auch nur noch so wahr und trauen sich aus dem Kreis der Hilfesysteme nicht mehr heraus.

Eine langandauernde psychische Erkrankung kann dazu führen, dass Betroffene, unter dem Etikett „psychisch krank“ und der Erwartung von Ablehnung, ihre Interaktionsarten verändern und sich immer mehr aus der Gesellschaft zurückziehen. Die Betroffenen verlieren das Vertrauen in sich und ihre Fähigkeiten und wollen, aufgrund zahlreicher Enttäuschungen und Ängste, keine neuen „Herausforderungen“ angehen. Sie leiden nicht nur an den Symptomen ihrer Erkrankung, sondern vor allem unter der, mit der Erkrankung zunehmenden, sozialen Isolation.

Überproportional viele Betroffene leben von Sozialhilfe oder bleiben von der Unterstützung ihrer Herkunftsfamilie abhängig. Aufgrund der Symptome einer psychischen Krankheit und durch die damit einhergehenden Vorurteile, verlieren viele ihre sozialen Bezüge, wodurch psychisch kranke Menschen in der Regel über ein kleineres soziales Netz verfügen und damit über ein geringes Maß an sozialer Unterstützung. Auswirkungen auf den Alltag psychisch kranker Menschen können auch die Nebenwirkungen der Psychopharmaka haben. Unter anderem können die klassischen Neuroleptika extrapyramidal-motorische Symptome verursachen, wie Blickkrämpfe und Bewegungsstörungen der Extremitäten. Auch eine erhebliche Gewichtszunahme ist unter Einnahme von Psychopharmaka möglich. Diese Nebenwirkungen verstärken zumeist das „Andersein“ und damit die soziale Ausgrenzung.

Psychische Erkrankungen können belastende Krankheiten sein, die nicht nur das Leben des Erkrankten, sondern auch das seiner Familienangehörigen und seiner Freunde erheblich emotional und materiell belasten und beeinträchtigen.

Gerade bei Menschen, die an einer Schizophrenie erkrankt sind, leiden die Angehörigen meist noch mehr, zumal sie keinen Schutz durch Symptombildungen haben.

Auch wenn sich inzwischen das Bild der Psychiatrie in der Öffentlichkeit gewandelt hat, zählen einige Gruppen von psychisch kranken Menschen auch heute noch zu gesellschaftlichen Randgruppen.

Bei all den oben genannten negativen Auswirkungen, die eine psychische Erkrankung mit sich bringen kann, sollte nicht aus den Augen verloren werden, dass viele Betroffene ein ganz „normales“ Leben führen können, als Teil der Gesellschaft. Die ganzheitliche psychiatrische Versorgung ist bemüht, diese Lebensführung für alle psychisch kranken Menschen zu realisieren.

3. Darstellung des Konzeptes „Ressourcenorientierte biografische Gesprächsführung“

Auf den folgenden Seiten wird nun das Konzept der „ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung“ dargestellt werden. Das Konzept integriert Bestandteile verschiedener theoretischer Grundannahmen miteinander und soll als eine Möglichkeit in der alltäglichen Begleitung von Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung dienen. Zugrunde liegende Theorien sind unter anderem die „personenzentrierte Gesprächspsychotherapie“ nach C. Rogers, das Konzept „Bildung als Chance“ von M. Bosshard/ H. Lazarus, der „Empowerment Ansatz“ nach N. Herriger, das „Flow-Konzept“ von M. Csikszentmihalyi und die „motivierende Gesprächsführung“ nach W. Miller/ S. Rollnick. Die ressourcenorientierte biografische Gesprächsführung soll als ein spezifisches Angebot dienen, welches ausschließlich darauf zielt, in Einzelgesprächen, durch Hinführung zu den eigenen, eventuell verloren gegangenen Fähigkeiten, Interessen und Ressourcen, den Klienten zu aktivieren und zu motivieren, um so den Weg aus der Psychiatrie zu ermöglichen und eine mögliche Chronifizierung zu verhindern oder abzumildern. Das Konzept ist für die Begleitung psychisch kranker Menschen und hier besonders schizophren erkrankter Menschen entwickelt worden, kann aber auch auf die Arbeit mit anderen Klientengruppen der Sozialen Arbeit übertragen werden, in der es um die Suche und/ oder (Re-)Aktivierung von Ressourcen geht.

In der Arbeit mit psychisch kranken Menschen, die oft vereinsamt sind und im Laufe der Zeit das Vertrauen in sich und ihre Fähigkeiten verlieren, ist es von besonderer Bedeutung nicht nur die Symptome zu lindern, sondern gemeinsam mit ihnen Perspektiven, außerhalb des psychiatrischen Kontextes zu erarbeiten, die ihren Fähigkeiten und Ressourcen angemessen sind. Daher ist das Konzept auf die Bedürfnisse der Klienten zugeschnitten und richtet sich an psychisch kranke Menschen, die Interesse daran haben, freizeitgestaltende Fähigkeiten und Aktivitäten in den eigenen Alltag einzubinden, um so Erfolge außerhalb des psychiatrischen und auf Krankheit basierenden Kontextes zu erzielen.

3.1. Gründe für eine ressourcenorientierte biografische Gesprächsführung in der Begleitung schizophrener erkrankter Menschen

Im Gespräch mit psychisch kranken Menschen erfährt man immer wieder, dass diese nicht nur unter den Symptomen ihrer Erkrankung leiden, sondern vor allem unter der mit der Erkrankung zunehmenden sozialen Isolation. Diese Menschen hegen immer wieder den Wunsch mit anderen Menschen, vor allem außerhalb der auf Krankheit basierenden Umgebung des psychiatrischen Versorgungsnetzes, in Kontakt zu kommen und den Tagesablauf durch Freude bringende Aktivitäten zu gestalten. Doch oft fehlt es ihnen, aufgrund einer langen Krankheitsgeschichte und den damit einhergehenden Einbußen in allen Lebensbereichen, nicht nur an Ideen und Initiative sie verlieren auch das Vertrauen in sich und in ihre Fähigkeiten. Aufgrund daraus resultierender zahlreicher Enttäuschungen und Ängste können und wollen sie oft keine neuen „Herausforderungen“ angehen, um erneute Enttäuschungen, Unsicherheiten und Ängste zu vermeiden. Viele Menschen sind aufgrund von negativen Erfahrungen und Enttäuschungen so anspruchslos geworden, dass sie schon gar nicht mehr wagen, sich echte umfassende und wirklich attraktive Wünsche bewusst zu machen (vgl. Martens/ Kuhl, 2004: S. 110). Genau dem will das Konzept der „ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung“ entgegenwirken, um so positive Erlebnisse und Emotionen zu schaffen, durch die sich ein Mensch als kompetent erlebt. Zudem bewirken Erfahrungen, die positive Emotionen erzeugen, dass negative Emotionen sich rasch verflüchtigen (vgl. Seligman, 2008: S.15).

Das Konzept der „ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung“ soll (chronisch) psychisch kranke Menschen unterstützen, sich ihrer eigenen Fähigkeiten bewusst zu werden und diese so umzusetzen, dass der Alltag nicht von Krankheitsauswirkungen und wahrgenommenen Schwächen dominiert, sondern durch selbstbestimmte und Freude bringende Tätigkeiten, die den individuellen Fähigkeiten entsprechen, erleichtert wird. Es geht, gemäß der positiven Psychologie, um die positiven Aspekte des Menschen, nicht um die menschlichen Schwächen, sondern um die menschlichen Stärken (vgl. Brockert, 2001: S. 40).

Eine psychische Erkrankung geht oft damit einher, dass sich die Betroffenen auf ein Leben ohne Arbeit einstellen müssen. Das Definieren der eigenen Person über die Berufstätigkeit fällt somit weg, wodurch sich viele überflüssig und unproduktiv fühlen.

Damit die freie Zeit nicht als leere Zeit empfunden wird, sind sie darauf angewiesen, Tätigkeiten zu finden, die ihrem Alltag einen Sinn geben (Bosshard/ Ebert/ Lazarus, 2007: S.455). Genau hier versucht das Konzept anzusetzen, in dem gemeinsam mit dem Klienten nach Fähigkeiten und Interessen gesucht wird, die dem Klienten helfen sollen, seinen Alltag erfreulicher und sinnvoller zu gestalten.

Es soll versucht werden, den Klienten für seine Ressourcen und bestehenden alltäglichen Aktivitäten zu sensibilisieren, da viele Tätigkeiten, die ein Klient ausführt, nicht als Ressource oder Aktivität anerkannt werden. Aber genau darin besteht die Chance sich mehr zu zutrauen, selbstbewusster zu werden und sein Leben so zu gestalten, dass es weitgehend den eigenen Ansprüchen genügt.

Die ressourcenorientierte biografische Gesprächsführung ist als Ergänzung zu den bestehenden therapeutischen Methoden der psychiatrischen Versorgung zu verstehen. Sie zielt jedoch nicht darauf, eine Krankheit zu heilen, sondern darauf, die gesunden Anteile eines Menschen weiter zu stärken, damit das Ziel erreicht werden kann, dass diese Menschen das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zurück gewinnen. Durch das Bewusstwerden von eigenen Ressourcen kann die Eigenverantwortung, das Selbstwertgefühl und das Selbstbewusstsein gestärkt werden. Zudem soll erreicht werden, einen (weiteren) sozialen Rückzug zu vermeiden, einer Chronifizierung und Stigmatisierung entgegen zu wirken, Abhängigkeiten zu vermeiden und positive Erlebnisse und Erfolge zu ermöglichen.

3.2. Die Bausteine der ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung

Die ressourcenorientierte biografische Gesprächsführung besteht aus vier Bausteinen. Der erste Baustein bezieht sich auf die positive Grundhaltung in der Begegnung mit dem Klienten. Sie ist die wichtigste Voraussetzung, um eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen, in der es für den Klienten möglich ist, über die eigene sehr persönliche Biografie zu sprechen. Der Schwerpunkt im biografischen Gespräch liegt hierbei auf Ressourcen und vergangenen oder momentanen Fähigkeiten und Aktivitätswünschen. Der zweite Baustein der ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung verdeutlicht die Wichtigkeit der Ressourcen, vor allem der Aktivitäts-

ressourcen, die im dritten Baustein entdeckt werden sollen. Der dritte Baustein bildet die Suche nach Ressourcen, Interessen und Fähigkeiten, anhand einer Ressourcenanamnese und dem daraus entstehenden Ressourcenförderplan. Dieser wird in Einzelgesprächen, anhand der individuellen Biografie, erstellt. Durch das Eingehen auf die individuellen Ressourcen und Bedürfnisse soll dem Klienten bewusst werden, wie dieser seinen Alltag verändern oder sogar verbessern könnte. In dem vierten und letzten Baustein geht es um die Umsetzung der zuvor, vom Klienten selbstbestimmten, entdeckten Ressourcen, Aktivitäten und Fähigkeiten. In weiteren Einzelgesprächen wird durch eine gezielte Unterstützung und Motivationsförderung versucht, eine selbstbestimmte Aktivitätssteigerung zu ermöglichen. Im Folgenden wird die hilfesuchende bzw. zu beratende Person als Klient und der professionelle Helfer als Beraterin bezeichnet.

3.2.1. Die Grundhaltung in der Begegnung mit dem Klienten

Eine positive Grundhaltung in der Begegnung mit den Klienten Sozialer Arbeit, und hier vor allem in der Begegnung mit Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung, ist die Voraussetzung für das Gelingen einer ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung. Im Zentrum steht hier der Aufbau von Vertrauen, da es nur so möglich wird, eine tragfähige Beziehung entstehen zu lassen, in der der Klient frei und unbefangen über seine Erfahrungen sprechen kann. Ressourcenorientiertes biografisches Arbeiten kann aufgrund seines prozesshaften Charakters nur über einen längeren Zeitraum, der sich nach dem Bedarf des Klienten richten sollte, verwirklicht werden und nur wenn die Beziehung zwischen Klient und Beraterin auf einer vertrauensvollen Basis beruht. Das Wichtigste bei biografischer Arbeit ist Behutsamkeit, Einfühlsamkeit und die Fähigkeit zuzuhören (Gudjons/ Pieper/ Wagener, 1994: S.61).

Es empfiehlt sich daher mehrere Termine, über einen längeren Zeitraum, auszumachen, die sich nach dem Bedarf des Klienten richten und in denen es darauf ankommt, den Klienten frei erzählen zu lassen und sich Zeit für die individuelle Thematik zu nehmen. Die Krankengeschichte sollte hierbei nur thematisiert werden, wenn der Klient dies möchte und/ oder für nötig hält. In der Begegnung mit dem Klienten sollte die Beraterin die folgenden notwendigen Fähigkeiten und Fertigkeiten im Gespräch mitbringen: Persönliche Überzeugungen, wie die Fähigkeit Andere zu akzep-

tieren und der Glaube an das Veränderungspotenzial von Menschen; Konzeptionelle Fähigkeiten, wie die Fähigkeit, Probleme des Klienten einzuschätzen und zu verstehen; Persönliche Integrität, worunter man unter anderem versteht, dass der Berater keine persönlichen Bedürfnisse verfolgt und keine Vorurteile gegenüber bestimmten gesellschaftlichen Gruppen aufweist; Beherrschung der notwendigen Techniken; Fähigkeit soziale Systeme zu verstehen und mit ihnen zu arbeiten (vgl. McLeod, 2004: S.443). Von besonderer Bedeutung sind zudem die interpersonellen Fähigkeiten, wie Empathie, Kongruenz und unbedingte positive Wertschätzung, wie sie Rogers als Basisqualitäten von Beratern definiert hat. Die zentrale Hypothese des personenzentrierten Ansatzes ist, dass der oder die Einzelne in sich selbst unermessliche Hilfsmittel für das Verständnis seiner oder ihrer selbst, für die Änderung des Selbstkonzeptes, der Einstellung und des selbstbestimmten Verhaltens besitzt (vgl. Rogers/Schmid, 2004: S.239). Diese Mittel können erschlossen werden, wenn ein definierbares Klima förderlicher psychologischer Haltungen, wie die drei oben benannten Bedingungen der Empathie, der Kongruenz und der unbedingten positiven Wertschätzung, seitens des Beraters zur Verfügung gestellt werden. Nach Auffassung des personenzentrierten Ansatzes hängt der therapeutische Erfolg nicht in erster Linie von der Ausbildung von Techniken oder von Fachkenntnissen ab, sondern vom Vorhandensein dieser Einstellungen auf Seiten des Therapeuten. Wenn diese Einstellungen dem Klienten gegenüber wirksam zum Ausdruck gebracht und von diesem wahrgenommen werden, sind sie als die ausschlaggebenden Faktoren therapeutischen Fortschritts und konstruktiver Persönlichkeitsveränderung zu betrachten (Rogers/Schmid, 2004: S.192). Da diese Haltungen auch in der ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung die Grundlage einer tragfähigen und entwicklungsfördernden Beziehung darstellen, werden sie im Folgenden kurz näher erläutert. Kongruenz bedeutet, dass die Beraterin auf allen Kommunikationskanälen die gleiche Botschaft sendet, diejenige, die auch gemeint ist. Das heißt, dass sie innerhalb der Beziehung frei und tief sie selbst ist, wobei ihre gegenwärtigen Erfahrungen exakt von ihrem Bewusstsein, das sie von sich selbst hat, repräsentiert ist (vgl. Rogers/Schmid, 2004: S.172). Unbedingte positive Wertschätzung meint die Sorge und den Respekt für den Klienten auszudrücken und die Person, aber nicht unbedingt das konkrete Verhalten, wertzuschätzen, ohne das daran Bedingungen geknüpft werden. Eine besondere Betonung der empathischen Reaktion stellt eines der Grundmerkmale des personenzentrierten Ansatzes dar. Empathie drückt aus, dass die Beraterin ein

genaues empathisches Verstehen vom Bewusstsein des Klienten und seiner eigenen Erfahrung empfindet und dass die unterschiedlichen Gefühlsbedeutungen empfindsam wahrgenommen werden. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Erfahrung, gehört und verstanden zu werden, für den Klienten bessere Möglichkeiten bietet, zuvor negierte Aspekte der eigenen Person näher zu untersuchen und schätzen zu lernen (McLeod, 2004: S.144). Die Beraterin konzentriert sich in der personenzentrierten Gesprächsführung nicht auf den eigenen Standort – die eigenen subjektiven Erfahrungen, das eigene Theoriewissen, die eigenen Werte und Normen – sondern auf den des Dialogpartners; die Beraterin verbalisiert die bei ihrem Gesprächspartner verstandenen subjektiven Erlebnisinhalte und spiegelt die so erlangten Einsichten und Erkenntnisse in möglichst differenzierter, konkreter und unverzerrter Form zurück (vgl. Bosshard/ Ebert/ Lazarus, 2007: S.97). Im Rahmen einer solchen geschützten und unterstützenden Atmosphäre wird es dem Klienten möglich, seine Erfahrungen zu erforschen und selbst zu einer Lösung seiner Probleme zu gelangen (vgl. Miller/ Rollnick, 2004, S. 21). Diese Grundhaltung in der Begegnung mit dem Klienten ist eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen einer ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung.

3.2.2. Aktivität als Ressource

Allgemein werden unter Ressourcen jene positiven Personen- und Umweltpotenziale verstanden, die von der Person zur Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse, zur Bewältigung altersspezifischer Entwicklungsaufgaben, zur gelingenden Bearbeitung von belastenden Alltagsanforderungen sowie zur Realisierung von langfristigen Identitätszielen genutzt werden können und damit zur Sicherung ihrer psychischen Integrität, zur Kontrolle von Selbst und Umwelt sowie zu einem umfassenden biopsychosozialen Wohlbefindens beitragen (vgl. Herriger, 2006: S.89). Personenressourcen sind lebensgeschichtlich gewachsene, persönlichkeitsgebundene Überzeugungen, Selbstkognitionen, Werthaltungen, emotionale Bewältigungsstile und Handlungskompetenzen, die der Einzelne in der Auseinandersetzung mit Alltagsanforderungen, Entwicklungsaufgaben und kritischen Lebensereignissen zu nutzen vermag und die ihm ein Schutzschild gegen drohende Verletzungen der psychosozialen Integrität sind (vgl. Herriger, 2006: S.90). Umweltressourcen sind zum Einen Beziehungsres-

sources und zum Anderen strukturelle Ressourcen von Lebenslagensicherheiten, wie zum Beispiel Arbeitsmarktintegration und Teilhabe an der Gesellschaft.

Diese Ressourcendefinition wird in dem Konzept der „ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung“ erweitert und bezieht sich auf jene vorhandene Stärken und Fähigkeiten, die einem Menschen dazu verhelfen können, seine Selbstwirksamkeitserfahrungen zu reaktivieren. Ein besonderes Augenmerk wird hier auf die Aktivitätsressourcen gelegt, Kompetenzen, die einen psychisch kranken Menschen persönlich wachsen lassen und ihm zeigen, dass er mehr kann, als er zu glauben scheint. Gerade Klienten mit langen Psychatrieerfahrungen verlieren den Glauben an sich und ihre Fähigkeiten. Sie nehmen sich als passiv und unfähig wahr. Hier setzt das Konzept der „ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung“ an. In dem ein Klient seine Fähigkeiten und sich als aktiv handelnde Person wahrnimmt, können Grundbausteine für den weiteren Lebensweg, außerhalb der Psychiatrie, gelegt werden. Durch das Erkennen von Handlungskompetenzen in bestimmten Bereichen, hier vornehmlich in selbstbestimmten, Freude bringenden Aktivitäten, können das Selbstwertgefühl, das Selbstbewusstsein und das Vertrauen in sich und die eigenen Fähigkeiten gestärkt werden. Freude, Glück, Flow, positive Erlebnisse und Erfolge sollen für diese Klienten, in kleinen Schritten und ihren Möglichkeiten entsprechend, möglich und erlebbar gemacht werden. Die kontextbezogene Bedeutung der Aktivität und der Nutzen von Flow-Erlebnissen werden im nachfolgend näher beschrieben.

3.2.2.1. Die kontextbezogene Bedeutung der Aktivität

In der ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung geht es primär um die Personenressourcen und speziell um die Handlungskompetenzen einer Person, als Grundlage in der Auseinandersetzung mit Alltagsanforderungen. Ressourcen in diesem Sinn stellen einen Entfaltungs- und Entwicklungsprozess dar, der jeden Menschen als aktiv Handelnden persönlich wachsen lässt, selbst unter den besonders ungünstigen und erschwerten Bedingungen einer psychischen Erkrankung, und er dabei, trotz Anstrengungen, Zufriedenheit und Freude oder sogar einen Flow-Zustand spüren kann (siehe 3.2.2.2.). Ressourcen können in diesem Zusammenhang etwas Gewöhnliches sein, Aktivitäten, wie Fahrradfahren, Fensterputzen, ein Gespräch, ein Spiel oder sportliche Aktivitäten. Wenn Spielen, Fahrradfahren, Fußballspielen oder Angeln auch etwas mit Ressourcen zu tun haben, dann mildert sich

der lang ersehnte und internalisierte Druck, der mit dem Gefühl einhergeht, Erwartungen nicht erfüllt zu haben und ein Versager zu sein (vgl. Lazarus/ Bosshard, 2005: S.163).

Ressourcen beschreiben hier individuelle interessengetriebene Aktivitäten, die eine genießende und aktive Teilnahme und Teilhabe an der Gesellschaft ermöglichen können. Über derartige Ressourcenerfahrungen verfügt jeder Mensch. Jedoch können sie in Vergessenheit geraten, wenn es jahrelang und überall nur noch um Schwierigkeiten, Probleme, Krankheit und ihre Behandlung geht, wenn Armut, Isolation und das Gefühl von Ohnmacht das Selbstvertrauen völlig überschatten. Die Wahrnehmung bisher nicht bewusst gewesener oder vergessener Stärken unterstützt den Klienten nicht nur darin, sich als aktiv handelnde Person zu erleben, sondern fördert auch Gefühle der Selbstwirksamkeit (Bosshard/Ebert/Lazarus 2007, S. 401). So kann als allgemeines und grundlegendes Ziel einer ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung gelten, diese persönlichen Kompetenzen und Stärken zu identifizieren und sie auch in ihrer Ressourcenfunktion subjektiv anzuerkennen.

3.2.2.2. Flow-Erlebnisse als Anlass für Freude und Glücksempfindungen

Oft fühlen sich Klienten, die an einer psychischen Erkrankung leiden, vor allem die an einer Schizophrenie erkrankten Menschen, von einer Leere in ihrem Leben umgeben. Sie wissen nicht recht, wie sie ihren Alltag gestalten sollen, wodurch sich viele nutzlos und unzufrieden fühlen. Die Bewusstmachung und Sensibilisierung von subjektiven Erlebnissen und Erfolgen, die mit Freude verbunden sind, kann daher eine wichtige Einsicht seitens des Klienten herbeiführen, etwas gut zu können und sich wohl zu fühlen. Dadurch kann sich das Selbstvertrauen des Klienten stärken, damit sich dieser im Laufe der Zeit mehr zu zutrauen vermag und zwar außerhalb des Schutzes des psychiatrischen Kontextes.

Flow beschreibt einen subjektiv erlebten Zustand, bei dem man so in eine Tätigkeit vertieft ist und der an sich so erfreulich ist, dass nichts anderes eine Rolle zu spielen scheint. Es stellt sich ein Gefühl ein, dass die eigenen Fähigkeiten ausreichen, um eine gegebene Herausforderung in einem zielgerichteten, regelgebundenen Handlungssystem zu bewältigen, welches deutliche Rückmeldungen darüber bietet, wie gut man eine Aufgabe bewältigt. Die Konzentration ist dabei so intensiv, dass keine Aufmerksamkeit übrig bleibt, um an andere unwichtige Dinge zu denken oder sich um Probleme zu sorgen (Csikszentmihalyi, 2007: S.103). Menschen, die in einen Flow-

Zustand geraten, verlieren den Sinn für die Zeit und für sich selbst, fühlen sich kompetent, beherrschen die Situation und empfinden Harmonie und Einheit mit der Umwelt. Eine Aktivität, die solche Flow-Erfahrungen herbeiführt, ist so lohnend, dass diese Aktivität ihrer selbst wegen ausgeführt wird, da sie kleine Welten eröffnen, die Freude bedeuten. Durch dieses Verhalten, welches durch die in der Tätigkeit selbst erfahrene Freude motiviert wird, steigert sich das Selbstvertrauen, die Zufriedenheit und das Gefühl der Solidarität mit Anderen. Flow lässt sich grundsätzlich in jeder Aktivität erleben, es vermittelt dem Ausübenden ein Gefühl von Neuheit und Herausforderung.

Flow-Aktivitäten scheinen gewisse Eigenschaften zu teilen. Sie gleichen sich darin, dass sie Möglichkeiten zu Handlungen in einem Bereich jenseits von Langeweile und Angst bieten.⁴⁾ *Schätzt eine Person die Handlungsanforderungen als so schwierig ein, dass sie ihre Fähigkeiten übersteigen, wird die daraus resultierende Spannung als Angst erlebt; liegt das Fähigkeitsniveau höher, aber immer noch nicht auf der Höhe der Anforderungen, wird die Situation mit Sorge beobachtet. Flow stellt sich dann ein, wenn die Handlungsanforderungen bzw. –möglichkeiten der Situation mit den Fähigkeiten der Person im Gleichgewicht stehen; das Erlebnis ist dann ein autotelisches. Übersteigen die Fähigkeiten andererseits die Handlungsmöglichkeiten, so ist Langeweile die Folge; auch dieser Zustand kann bei allzu großer Diskrepanz wieder in Angst übergehen* (Csikszentmihaly 2008, S. 75). Autotelisch bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Aktivitäten, trotz einer gewissen Energieaufwendung, in sich selbst lohnend sind. Sie werden wegen der Erfahrung selbst ausgeführt und nicht aufgrund äußerer Belohnungen. Der Flow-Zustand hängt von der subjektiven Wahrnehmung der Handlungsmöglichkeiten einerseits und den individuellen Fähigkeiten andererseits ab. So ist es unmöglich, in einer konkreten Situation mit völliger Sicherheit vorherzusagen, ob eine bestimmte Person Angst, Langeweile oder Flow erleben wird. Zudem hat jeder Mensch seine eigenen Schwellen für den Eintritt in ein Flow-Erlebnis und für den Austritt aus einem Flow-Erlebnis.

Was den Menschen wirklich befriedigt, ist sich in seinem eigenen Leben wohl zu fühlen. Freude tritt an der Grenze zwischen Langeweile und Unsicherheit auf, wenn sich die Herausforderungen mit den Fähigkeiten des Menschen in der Waage halten (Csikszentmihalyi, 2007: S.79). Aus diesem Grund ist es von besonderer Bedeutung, mit dem Klienten gemeinsam solche Aktivitäten zu finden, die ihn nicht über- und nicht unterfordern, damit er Freude bei dem, was er tun möchte, empfinden kann. Ein

wichtiges Nebenprodukt solcher Flow-Erfahrungen stellt die Tatsache dar, dass man während der Tätigkeit alle unangenehmen Aspekte des Lebens vergessen kann. Jedoch ist zu beachten, dass viele psychiatrische Klienten im Verlaufe ihrer Erkrankung den Glauben an sich und ihre Fähigkeiten verloren haben. Aufgrund ihrer eigenen Reduzierung auf das Kranke, aber auch durch die Negativsymptome einer schizophrenen Erkrankung, können diese Fähigkeiten stagnieren. Daher ist es wichtig, gemeinsam mit dem Klienten abzuwägen, ob mögliche Aktivitäten zu Beginn eine unnötige negative und mit Angst behaftete Überforderung darstellen können. Es lassen sich zwei Arten von Flow-Aktivitäten unterscheiden. Zum Einen gibt es komplexe, nuancierte Muster, welche die oben beschriebenen tiefen Flow-Erlebnisse bieten. Andere dagegen, etwa ein Augenblick des Tagträumens, ein Spaziergang, ein Gespräch oder Ähnliches, sind auf kaum wahrnehmbarer Stufe organisiert und beziehen sich auf geringere Fähigkeiten (vgl. Csikszentmihaly 2008, S. 205). Aber auch nicht-instrumentelle, alltägliche Aktivitäten, die keine tiefen Flow-Erlebnisse bieten, können den Alltag eines jeden Menschen bereichern. Es scheint, dass diese Microflow-Aktivitäten, wie zum Beispiel Fahrradfahren oder Lesen, kreative Gefühle und Freude hervorrufen, wie sie auch im Rahmen der stärker strukturierten Flow-Muster erlebt werden können. Sie können daher im alltäglichen Leben von großer Bedeutung sein, da sie Menschen aufmerksam, entspannt, zu sich selber positiv eingestellt und bei spontaner Kreativität zu halten scheinen. Gerade diese Microflow-Aktivitäten sind es, die bei jedem Menschen auffindbar sind, die für den seelischen Haushalt eine wichtige Rolle zu spielen scheinen und die es zu stärken gilt, da immer auch ein Zuwachs an Selbstvertrauen festzustellen ist, wenn es aus eigener Kraft gelingt, eine Aufgabe zu bewältigen. Offenbar vermittelt eine Aktivität, die einem Freude bereitet, das Gefühl kreativen Entdeckens, des Bewältigens von Anforderungen und des Lösens von Schwierigkeiten (vgl. Csikszentmihaly 2008, S. 205). Wer eine Aktivität in dieser Weise wahrnimmt, neigt dazu, aus ihr selber Freude zu ziehen, was dazu führt, dass die Herabsetzung der allgemeinen Munterkeit, welche sich beim Fehlen dieser Microflow-Aktivitäten einstellt, vermindert wird. Die beschriebenen Flow-Aktivitäten bieten Handlungsgelegenheiten, die dem Können der betreffenden Person entsprechen, das Wahrnehmungsfeld einschränken, irrelevante Stimulationen ausschließen, klare Ziele und passende Mittel zu deren Erreichen aufweisen und laufend deutliche Rückmeldungen bieten (vgl. Csikszentmihaly 2008, S. 206,207).

Im Fallbeispiel des Herrn A. kann bereits jetzt schon gesagt werden, dass er sich, seiner Einschätzung nach, über Jahre selbst bei seinen Aktivitäten überfordert hat. Seine Ansprüche an sich selbst seien zu hoch gewesen, wodurch er zunehmend handlungsunfähiger wurde und einen innerlichen Druck aufbaute, der ihn zu lähmen schien. Seitdem er sich bewusst gemacht hatte, dass er seine Fähigkeiten den Anforderungen anpassen konnte, lief alles etwas leichter und er sei sogar motiviert sich wieder dem Badminton zu widmen (siehe Exkurs zu 3.2.3.1.).

3.2.3. Durch biografisches Arbeiten Ressourcen entdecken und fördern

Die ressourcenorientierte biografische Gesprächsführung konzentriert sich darauf die Biografie eines Menschen so anzuschauen, dass individuelle Ressourcen zum Vorschein kommen. Es geht um die Wiederentdeckung, Bewusstmachung und Förderung von Ressourcen, über die psychisch kranke Menschen verfügen, wie andere Menschen auch. Der Sinn hierbei ist es, herauszufinden, wofür sich eine Person in ihrem Leben von Kindheit an interessiert hat, wie diese Interessen entstanden sind, wie sie sich selbst bei der Ausübung dieser Interessen erlebt hat, wie und von wem diese Interessen gefördert, behindert oder abgewehrt wurden und was aus ihnen geworden ist (vgl. Lazarus/ Bosshard, 2005: S.7). Die Erhebung einer Ressourcenanamnese ist somit ein Arbeitsansatz, bei dem es um die Nutzung biografischer Erfahrungen geht, die nicht primär mit der Erkrankung zu tun haben. Ziel ist die Entdeckung und Bewusstmachung von Erfahrungen, die einen in bestimmter Weise prägenden und formenden Eindruck hinterlassen haben und mit Freude verbunden waren oder sind (Lazarus/ Bosshard, 2005: S.63).

Die Fähigkeit Ziele bewusst zu setzen, Handlungen gezielt zu planen und zwischen Alternativen klar zu entscheiden, Fähigkeiten also, durch die sich psychisch gesunde und kompetente Menschen als selbstbestimmt und –gesteuert erleben, sind den psychisch kranken Menschen weitgehend verloren gegangen (vgl. Lazarus/ Bosshard 2005: S.37). Sie müssen ihnen erst wieder als erreichbare Ziele bewusst gemacht werden. Mit der ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung ist es möglich, sich gemeinsam mit dem Klienten auf die Suche nach leicht auffindbaren, leicht zugänglichen, aber auch nach verdeckten oder gar verschütteten interessenge-

leiteten Aktivitäten zu machen, die eine genießende und aktive Teilnahme und Teilhabe an der Gesellschaft ermöglichen können.

Ressourcen, Aktivitäten und Fähigkeiten können in diesem Zusammenhang etwas gewöhnliches sein, wie Fahrrad fahren, ein Gespräch, ein Spiel oder sportliche Aktivitäten. Über derartige Erfahrungen verfügt jeder Menschen. Jedoch können sie in Vergessenheit geraten, wenn es jahrelang und überall nur noch um Krankheit, Schwierigkeiten, Probleme und ihre Behandlung und Behebung geht, wenn Armut, Isolation und das Gefühl von Ohnmacht das Selbstbewusstsein völlig überschatten. Gerade psychisch kranke Langzeitpatienten machen die Erfahrung, dass wohin sie auch kommen, ihre Krankheit im Vordergrund steht.

Statt der Befassung mit der Krankheit und den krankheitsbedingten Einschränkungen und an Stelle von weit hergeholt und den Klienten nicht interessierenden Beschäftigungsangeboten geht es hier um die Suche nach Eigenem, selbst Gefundenem und selbst Bestimmten (Bosshard/ Ebert/ Lazarus, 2007: S.455).

Die ressourcenorientierte biografische Gesprächsführung stellt einen Prozess der individuellen Entwicklung und Entfaltung dar, der jeden Menschen als aktiv handelnden persönlich wachsen lässt, selbst unter den besonders ungünstigen und erschwerten Bedingungen einer psychischen Erkrankung, und bei dem sich der Betroffene sich als aktiv handelnd erlebt und dabei, trotz Anstrengungen, Zufriedenheit und Freude oder sogar einen Flow-Zustand (siehe 3.2.2.2.) spürt. Sie geht davon aus, dass in jedem Menschen Ressourcen stecken, die ihn befähigen sein Leben aktiv zu gestalten (vgl. Schwarzer/ Buchwald, 2009: S.137).

Die ressourcenorientierte Gesprächsführung entstammt dem Empowerment Ansatz, dessen Ziel es ist, die vorhandenen, wenn auch vielfach verschütteten, Fähigkeiten der Adressaten sozialer Dienstleistungen zu autonomer Alltagsregie und Lebensorganisation zu kräftigen und Ressourcen freizusetzen, mit deren Hilfe sie die eigenen Lebenswege und Lebensräume selbstbestimmt gestalten können.

N. Herriger definiert den Begriff des Empowerment wie folgt: *Der Begriff Empowerment bedeutet Selbstbefähigung und Selbstbemächtigung, Stärkung von Eigenmacht, Autonomie und Selbstverfügung. Empowerment beschreibt mutmachende Prozesse der Selbstbemächtigung, in denen Menschen in Situationen des Mangels, der Benachteiligung oder der gesellschaftlichen Ausgrenzung beginnen, ihre Angelegenheiten selbst in die Hand zu nehmen, in denen sie sich ihrer Fähigkeiten bewusst werden, eigene Kräfte entwickeln und ihre individuellen und kollektiven Ressourcen*

zu einer selbstbestimmten Lebensführung nutzen lernen. Empowerment – auf eine kurze Formel gebracht – zielt auf die (Wieder-) Herstellung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Alltags (Herriger, 2006: S.20).

Ausgangspunkt von Empowerment-Prozessen ist das Erleben von Machtlosigkeit und Fremdbestimmung. Zentrale Handlungsprinzipien sind eine konsequente Orientierung an Ressourcen, die Beachtung und Stärkung der Selbstorganisation und Eigenverantwortlichkeit und die Partizipation im Sinne einer aktiven Teilhabe und Einflussnahme der Akteure (vgl. Bosshard/ Ebert/ Lazarus, 2007: S.89). Empowerment Prozesse vollziehen sich auf der individuellen Ebene, auf der Gruppenebene, auf der institutionellen Ebene und auf der Gemeindeebene. So wichtig alle vier Ebenen sein mögen, fokussiert sich der Blick in der ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung auf die individuelle Ebene. Auf die Ebene der Untersuchung der biografischen Wege von Menschen, die in „eigener Regie“ aus einer Situation der Machtlosigkeit, Resignation und Demoralisierung austreten und beginnen, ihr Leben wieder in die eigene Hand zu nehmen (vgl. Herriger, 2006: S.86). Die ressourcenorientierte biografische Gesprächsführung hat im Bezug auf den Empowerment Ansatz das Ziel, lebensgeschichtlich verschüttete Ressourcen, vor allem freizeitgestaltende Aktivitätsressourcen, wieder aufzufinden und erneut zugänglich zu machen, um so möglicherweise verfügbare Bewältigungsressourcen systematisch in den Hilfeprozess einzubeziehen (siehe 4.1.).

Durch die Ressourcenorientierung der Gesprächszielsetzung wird der Klient dazu angeregt, seine persönlichen Kenntnisse, Verhaltensweisen, Fertigkeiten und/ oder sozialen Beziehungen möglichst konkret und differenziert wahrzunehmen und als persönliche Ressourcen zu würdigen. Gerade diese Zielsetzung ist eine der grundlegenden Voraussetzung einer gelingenden ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung, da viele psychisch kranke Menschen das Vertrauen in sich und ihre Fähigkeiten verloren haben oder diese als selbstverständlich und wenig würdigenswert wahrnehmen, beziehungsweise als sinnlose Beschäftigungen deklarieren.

Die Wahrnehmung bisher nicht bewusst gewesener oder vergessener Stärken und Fähigkeiten unterstützt den Klienten nicht nur darin, sich als aktiv handelnde Person zu erleben, sondern fördert auch das Gefühl der Selbstwirksamkeit (vgl. Bosshard/ Ebert/ Lazarus, 2007: S.401). Es ist das Ziel, persönliche Kompetenzen und Stärken zu identifizieren und in ihrer Ressourcenfunktion auch zu erkennen.

Es soll dem Klienten ermöglicht werden mit seinen Fähigkeiten in Kontakt zu kommen, sich als eine Person wahrzunehmen, die etwas kann, macht oder geschafft hat und worauf er berechtigt stolz sein kann. Als mögliche Themen bieten sich hierbei Aktivitäten an, die Freude bereiten oder alltägliche Beschäftigungen, die gut zu bewältigen sind. Es lassen sich in der ressourcenorientierten Gesprächsführung verschiedene Perspektiven unterscheiden, um Ressourcen zu identifizieren. Sie dienen zur kurzfristigen Aufmerksamkeitslenkung im Gesprächsprozess, wobei es im Gesprächsverlauf zu einer Konzentration auf bestimmte und für den Klienten relevante Perspektiven kommen sollte. Das Wahrnehmen und Verstärken unmittelbar dargebotener Ressourcen ist ein nützliches Mittel, um dem Klienten dessen aktives Potenzial bewusst werden zu lassen. Neben diesen unmittelbar dargebotenen Ressourcen existieren eine Reihe von brachliegenden Ressourcen, die es zu finden und zu aktivieren gilt, soweit dies der Klient von sich aus will. Dies kann durch folgende Möglichkeiten geschehen: Das direkte Ansprechen einer Ressource ermöglicht es, dass sie sprachlich explizit, bewusst und einsetzbar wird. Durch dieses vertiefte Ansprechen einer Ressource wird diese unmittelbar erlebbar gemacht, wodurch es dem Klienten ermöglicht wird, sich in Bezug auf diese Ressource, als besonders kompetent zu erleben. Wichtig in der ressourcenorientierten Gesprächsführung sind weiterhin die potentialen Ressourcen, welches brachliegende Fähigkeiten und Fertigkeiten sind, die sich eine Person selbst zu schreibt. Sind potentiale Ressourcen aktiviert, erlebt sich die Person als handlungsfähig und aktiv, da diese potentialen Ressourcen die Mittel sind, um Ziele zu erreichen (vgl. Flückinger/ Wüsten, 2008: S.23). Des Weiteren gilt es, motivationale Ressourcen zu integrieren. Sie repräsentieren Ziele, Wünsche und Entschlüsse, zu welchen sich die Person verpflichtet fühlt, sowie motivationale Schemata und lebensgeschichtlich gelernte Pläne, welche die Person mehr oder weniger bewusst zur Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse einsetzt (vgl. Flückinger/ Wüsten, 2008: S.23). Auch persönliche Ressourcen, wie Eigenschaften, Wesenszüge, Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person, gilt es zu verstärken, damit diese für die Erreichung individueller Ziele eingesetzt werden können. Wichtige Ressourcen sind auch die Ressourcen des sozialen Umfeldes, da viele Bedürfnisse erst durch das Zusammensein mit anderen Personen befriedigt werden. In der Arbeit mit psychisch kranken Menschen ist gerade diese Ressource oft, aufgrund der mit der Erkrankungsdauer zunehmenden sozialen Isolation, nicht bewusst vorhanden und muss erst im Gespräch ausfindig gemacht werden, um eventuell diese Ressource

wieder zugänglich zu machen oder um nach Möglichkeiten zu suchen, diese soziale Ressource (wieder) herzustellen. Der Fokus liegt zunächst auf Problem unabhängigen Ressourcen, Bereiche in denen sich der Klient als kompetent erkennen kann. Dazu gehört vor allem der Bereich der Freizeitbeschäftigung. Dieser Bereich ist genau der Bereich, den es in der ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung zu fördern gilt. Neben diesen bereits genannten Ressourcen lässt sich eine weitere Ressourcenperspektive identifizieren, die der problemrelevanten Ressourcen. Diese Bedingungen sollten genutzt werden, um die Bearbeitung problematischer Aspekte zu erleichtern. Ressourcen sind nicht grenzenlos, daher ist es von erheblicher Bedeutung, bestehende Ressourcen zu erhalten und zu fördern.

Das Konzept des Empowerment und die daraus resultierende ressourcenorientierte Gesprächsführung stellt somit dem, in der Sozialen Arbeit immer noch verbreiteten, defizitären Blickwinkel auf ein mit Mängeln behaftetes Klientel eine Ausrichtung auf Potenziale und Ressourcen der Menschen gegenüber.

In diesem Sinn hat Erinnerungsarbeit hier das Ziel, biografisch verschüttete Erfahrungen der eigenen Stärken wachzurufen und damit den oftmals grenzenlosen Selbstattribuierungen von Schwäche und Hilflosigkeit erinnernd kontrastierende Selbsterfahrungen entgegen zu setzen (vgl. Herriger, 2006: S.113).

Die biografische Orientierung des Konzeptes zielt auf die lebensgeschichtliche Dimension des Klienten ab. Im Mittelpunkt steht der einzelne Mensch mit seinen Erfahrungen, Erlebnissen, Urteilen, Bilanzen und sozialen Zusammenhängen. Biografiearbeit ist hier zielgerichtetes, also auf Aktivitätsressourcen gerichtetes Arbeiten mit Lernprozessen.

Aus einem langen eingeschliffenen Vermeidungsverhalten kann durch das (Wieder-) Entdecken ungelebter Lebensentwürfe im Prozess der biografischen Arbeit Mut zum alternativen Denken und Motivation zum veränderten Eingreifen und Handeln werden (vgl. Gudjons/ Pieper/ Wagener, 1994: S.36).

Es geht um die Nutzung biografischer Erfahrungen, die primär nichts mit der Erkrankung zu tun haben. Biografiearbeit ist überall dort möglich und nötig, wo es keine selbstverständlichen Lebenszusammenhänge mehr gibt, wo das Leben unübersichtlich geworden und die Orte des Einzelnen nicht erkennbar sind (Ruhe, 2009: S.9). Sie räumt dabei Plätze der Erfahrungsintegration ein und ersetzt verloren gegangene Wertschätzungen der Gesellschaft. Der Klient erhält die Gelegenheit, frei über die für ihn wichtigen Lebensereignisse zu sprechen. Dabei wird ein Augenmerk auf die Situ-

ationen in der Lebensgeschichte eines Menschen gerichtet, in denen er mit sich selbst, seinen vitalen, aktiven, emotionalen und der Welt zugewendeten Seiten in Kontakt gekommen ist, in denen er freudebringende Aktivitäten in seinen Alltag einbauen konnte, in denen seine Fähigkeiten ausreichten und die in bestimmter Weise einen prägenden und formenden Eindruck hinterlassen haben. Die oft verschütteten biografischen und sozialen Kompetenzen können durch das vorsichtige Öffnen und durch äußerst zurückhaltendes Strukturieren eines alltagssprachlichen Erzählraums reaktiviert und gleichermaßen für die eigene Lebensgestaltung der Betroffenen, wie für mögliche weitergehende sozialpädagogische Interventionen fruchtbar gemacht werden (vgl. Völzke, 1997: S.271).

Das biografische Wissen der Menschen, ihre Erfahrungen und Konstruktionen, haben einen bedeutenden Einfluss auf die Gestaltung und Bewältigung ihrer psychosozialen und auch gesundheitlichen Lebenssituation, so dass eine biografieorientierte Soziale Arbeit davon ausgeht, dass Erzählen und Zuhören für die psychisch erkrankten Menschen wichtige Funktionen bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung ihrer Identität sowie für die Herstellung von Sinn im eigenen Leben mit und auch ungeachtet der Krankheit haben (vgl. Dörr, 2005: S.101). So gesehen, ist Biografiearbeit im Kern auf die Zukunft des Klienten gerichtet. Bei der biografischen Gesprächsführung steht das Erzählen des Klienten und das Zuhören der Sozialarbeiterin im Vordergrund, da das aufmerksame Zuhören eine Erzählung weitaus mehr unterstützt und mehr Vertrauen entstehen lässt, als ein Frage-Antwort-Dialog. Durch erzählgenerierende Impulse, wie zum Beispiel behutsames Nachfragen oder das Vergewissern von erzählten Inhalten, und das daraus entstehende Herabsetzen der Erzählschwelle, werden die Klienten animiert, das in der jeweiligen Situation angesprochene Thema oder Ereignis in Form einer selbsterlebten Geschichte zu konkretisieren. Hierbei gilt vor allem, dass alle Themen, die der Klient anspricht, zu akzeptieren sind. Entfernen sich die Ausführungen jedoch zu weit vom eigentlichen Thema, kann man den Klienten anhand des Leitfadens durch eine intervenierende Vertiefungsfrage wieder auf das eigentliche Thema zurück bringen.

In der Medizin beschränken sich die meisten Inhalte anamnestischer Gesprächsleitfäden oder Gesprächsschemata auf den Verlauf der Erkrankung mit ihren Symptomen, Beschwerden und ihrer Behandlung (Lazarus/ Bosshard, 2005: S.4). Die Anamnese im psychologischen Bereich wird weiter gefasst und dient zur Abklärung der Lebenssituation eines Klienten, beschreibt die Aufeinanderfolge von Lebenser-

eignissen, Lebenssituationen und Umweltkonstellationen, sammelt systematisch Informationen sowohl über gegenwärtige und frühere körperliche Zustände als auch über Verhaltensweisen und Erlebnisse einer Person in ihrem sozialen Umfeld. Der Fokus liegt auch hier auf freizeitgestaltenden Aktivitäten, die primär nichts mit der Erkrankung des Klienten zu tun haben, die aber bei ihrer Reaktivierung zu einer Möglichkeit werden, den Tagesablauf, außerhalb des psychiatrischen Kontextes, zu strukturieren und die Möglichkeit für einen Klienten bietet, sich selbst als kompetente Person bei der Verrichtung fähigkeitsentsprechender und Freude bringender Aktivitäten zu fühlen.

Grundlage einer ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung sind offene und/ oder leitfadengestützte Gespräche. Die Orientierung am jeweils gegebenen individuellen Status der Mitwirkungsbereitschaft, den Fähigkeiten und Kompetenzen des Betroffenen sind Voraussetzung (vgl. Lazarus/ Bosshard, 2005: S.38). Die möglichst freien Erzählsequenzen werden durch ein themenzentriertes Interview stimuliert, bei dem nach Erfahrungen und Erlebnissen gefragt wird, die bei dem Klienten mit einem Gefühl der Befriedigung und Freude verbunden waren, bei denen er zielgerichtet und wiederholt etwas Neues ausprobiert hat usw. (vgl. Lazarus/ Bosshard, 2005: S.78).

In einem ressourcenanamnestischen Gespräch sollte sich im Idealfall ein Wechsel zwischen möglichst freien Erzählsequenzen und gezielten weiterführenden Explorationsfragen ergeben, welcher sowohl die günstigen Bedingungen als auch gegebene Behinderungen in der Interessenentfaltung sichtbar macht. Zu Beginn des Gesprächs steht zunächst ein eher narrativer Teil, in dem der Klient zunächst auf die Interessen eingeht, die mit besonderen Aktivitäten verbunden waren und/ oder sind. Der Einstieg der Beraterin in das Gespräch erfolgt erst dann, wenn der Klient seine freie Erzählung beendet hat, in dem darauf folgend unklar gebliebene Punkte so nachgefragt werden, dass der Klient seine Erzählung fortsetzt beziehungsweise das Erzählte spezifizieren kann. Es gibt aber sicherlich auch Klienten, die sich wohler fühlen, wenn sie zunächst auf Fragen antworten können. Hier bietet es sich an, entlang des Lebenslaufs nach besonderen Interessen und Erfahrungen, die für den Klienten mit Freude verbunden waren, zu suchen und auch gleichzeitig Fragen bereitzuhaben, mit deren Hilfe relevante Themen aufgespürt werden können.

Für den weiteren Gesprächsverlauf ist eine Orientierung an einem Leitfaden⁵⁾ im Stil eines halbstrukturierten Interviews hilfreich, der hervorstechende Themen beinhaltet,

die sich auf ausgewählte Abschnitte der Biografie des Klienten beziehen (vgl. Lazarus/ Bosshard, 2005: S.80). Diese relativ offene Gesprächssituation ermöglicht im günstigsten Fall eine angenehme und entspannte, gleichzeitig aber auch themen- und zielorientierte Gesprächsatmosphäre herzustellen.

Die im Folgenden beschriebene Ressourcenanamnese und der auf ihr gründende Ressourcenförderplan ist ein Ansatz und ein Verfahren, welches für die Entdeckung und Aktivierung von wertvollen Ressourcen hilfreich erscheint.

3.2.3.1. Die Ressourcenanamnese

Die Ressourcenanamnese ist eine Gesprächsmethode zur systematischen Erhebung und Ordnung von bedeutsamen und transparenten Informationen, die von Betätigungen und freizeitgestaltenden Aktivitäten, die mit Freude verbunden waren, handeln. Wichtig ist, durch einen partizipativen Ansatz der Informationserhebung und Erkenntnisgewinnung das Verhalten und das Erleben aus der Perspektive des Klienten wahrzunehmen. Das Aufdecken und Bewusstmachen Freude bringender Betätigungen verdeutlichen sowohl der Beraterin als auch dem Klienten, dass auch psychisch kranke Menschen sinnvolles Wirken und Betätigen erlebt haben beziehungsweise noch erleben werden und dass ihnen diese Weltbezüge prinzipiell und potenziell offen und zugänglich sind (vgl. Lazarus/ Bosshard, 2005: S.83). Durch die Ressourcenanamnese sollen, mittels biografischer Erzählsequenzen, die Teile und Bereiche der Biografie eines Klienten entdeckt werden, die sein Bemühen um die Entfaltung der in ihm ruhenden Anlagen und Kräfte verdeutlichen. Das Ziel der Ressourcenanamnese ist die Rekonstruktion und Verdeutlichung der Ressourcen, Fähigkeiten und Fertigkeiten eines Klienten, die anhand seines Lebenslaufes gefunden werden sollen. Bei der gemeinsamen Suche soll der Klient in Kontakt mit sich, seinen vitalen, emotionalen und der Welt zugewandten Seiten kommen. Über das Erinnern von Erfahrungen und das Identifizieren der jeweiligen individuellen und förderlichen Bedingungen sollen Ideen und Motivationen für eine zukünftige Tätigkeit entwickelt werden (vgl. Bosshard, 2007: S.7,8). Es kommt hier jedoch nicht darauf an, alle Themen vollständig mit dem Klienten zu bearbeiten, sondern nur diese, die einen Zugang zu den Ressourcen des Klienten ermöglichen. Durch eine Ressourcenanamnese, im Rahmen einer ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung, können Vergleiche zwischen Phasen einer mehr oder weniger starken Interessenentfaltung gezogen werden, um darüber nachzudenken, welche persönlichen und gesellschaftli-

chen Bedingungen dazu beigetragen haben. Dieses eröffnet die Möglichkeit nach Wegen zu suchen, frühere oder neu entdeckte Fähigkeiten und Aktivitäten zu fördern, um das Ziel zu erreichen, Freude bringende Aktivitäten, die den Fähigkeiten des Klienten angemessen sind, in seinen Alltag einzubauen. Und dies möglichst außerhalb des psychiatrischen Kontextes. Die Ressourcenanamnese zeigt also eine als sinnvoll, sinnstiftend und zufrieden erlebte Lebenswelt des Klienten in ihrem biografischen Bezug auf und sie offenbart, wie diese zukünftig in ähnlicher Weise und mit ähnlichem Erfolg gestaltet werden kann (vgl. Lazarus/ Bosshard, 2005: S.83).

Wenn der Klient etwas „aufgespürt“ hat, wird das oft sichtbar am „Glanz in seinen Augen“, am lebhafter werdenden Erzählfluss und an lebendig werdender Stimme, Mimik und Gestik (vgl. Bosshard/ Ebert/ Lazarus, 2007: S.458). In solchen Situation ist es wichtig, einen Raum zu schaffen, in dem sich die Erinnerung entfalten kann, nachzufragen und den Klienten anzuregen, über die näheren Umstände zu sprechen, durch die er sich so sicher gefühlt hat, dass er sich auf diese Erfahrung einlassen konnte.

Bereits nach dem ersten Gespräch zeigt sich zumeist eine große Bereitschaft, einmal über etwas anderes als die eigene Erkrankung zu sprechen, aber auch die Sorge, dass sich nichts Interessantes finden lässt. Oft werden die Pausen zwischen den Gesprächsterminen von dem Klienten kreativ genutzt. Er beschäftigt sich intensiv mit seinen individuellen Themen und bringt zum nächsten Termin viele wiederentdeckte Erinnerungen und neue Überlegungen mit (vgl. Bosshard/ Ebert/ Lazarus, 2007: S.257). Die Gespräche zu diesen Themen rufen bei dem Klienten angenehme Erinnerungen an Erlebnisse, Situationen und Fähigkeiten hervor. Diese Erinnerungen können zudem Stolz und Zufriedenheit über die Vielfalt der vorhandenen Interessen und Kompetenzen bewirken. Wenn Aktivitäten, wie Spielen, Fahrradfahren, Fußballspielen oder Angeln auch etwas mit Ressourcen zu tun haben, dann mildert sich der lang ersehnte und internalisierte Druck, der mit dem Gefühl einhergeht, Erwartungen nicht erfüllt zu haben und ein Versager zu sein (vgl. Lazarus/ Bosshard, 2005: S.163).

Auch wenn das ressourcenorientierte biografische Gespräch primär die Krankengeschichte des Klienten außen vor lassen will, sollte der Klient auch seine Krankengeschichte darlegen dürfen, wenn er selbst darüber sprechen möchte.

Am Schluss der Anamnesegespräche stehen Fragen, die auf die Nutzung der ressourcenanamnestischen Entdeckungen für die Zukunft zielen, um so im Folgenden

einen Ressourcenförderplan erstellen zu können. Mögliche Fragen wären hier: Welche dieser Interessen und Aktivitäten hat Sie am meisten für Ihr weiteres Leben beeinflusst? Was glauben Sie besonders gut zu können? Wenn Sie die freie Wahl hätten, womit würden Sie gerne Ihre Zeit in Zukunft verbringen? (vgl. Lazarus/Bosshard, 2005: S.82).

Nach Beendigung der ressourcenanamnestischen Gespräche wird das gewonnene Material inhaltsanalytisch ausgewertet, um dieses für eine Ressourcenförderung zu nutzen. Ein besonderes Augenmerk wird hier auf die Inhalte, die Bedürfnisse und die Motive sowie auf spezifische Kompetenzen gelegt, die der Klient bei seinen früheren und jetzigen Freude bringenden Aktivitäten eingesetzt hat.

Exkurs: Die Ressourcenanamnese des Herrn A.

Im Rahmen der Erprobung des Konzeptes der „ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung“ wurden mit Herrn A. acht Einzelgespräche, als Grundlage der Erhebung einer Ressourcenanamnese und der Erstellung eines Ressourcenförderplans, durchgeführt. Da Herr A. in der Woche viele Termine bei seinen Therapeuten hatte, fanden die Treffen, auf seinen Wunsch hin, regelmäßig alle zwei Wochen am Nachmittag statt. Erstaunlich schnell konnte eine vertrauensvolle Atmosphäre aufgebaut werden, in der, der introvertierte und zurückhaltende Herr A. immer aufgeschlossener frei und aus eigener Initiative von sich erzählen konnte.

In den Gesprächen wurde das Augenmerk vermehrt auf die heutigen Freizeitwünsche und -aktivitäten gelegt, da sich diese als sehr effizient erwiesen haben und Herr A. nicht gerne über seine Vergangenheit sprach.

Von Beginn an hatte Herr A. viele Ideen, wie er seine Freizeit Freude bringend gestalten könnte, doch seine Verfolgungsängste und Antriebsschwäche hinderten ihn daran, diese Ideen umzusetzen. Herr A. lebt zurückgezogen in seiner Wohnung. Er beschreibt seinen Tagesablauf als eher langweilig. Er würde die meiste Zeit mit Fernsehen verbringen, wobei dies sehr strukturiert abläuft. Er markiert in seiner Fernsehzeitung die Sendungen, die er gucken möchte. Vornehmlich sind dies Tierdokumentationen, da seine Konzentration für einen längeren Spielfilm nicht ausreichen würde. Sein Tag-Nacht-Rhythmus ist verändert. Er erzählt, dass er regelmäßig zwischen 14.00 Uhr und 15.00 Uhr aufstehen würde und in der Nacht bis 3.00 Uhr oder 4.00 Uhr aufbleibt, da ihm die Ruhe der Nacht besser gefiele, als der Tag. Herr A. bereitete sich stets auf die Gespräche vor und dachte darüber nach, was ihn frü-

her interessiert hat. Er fragte auch seine Schwester. So erzählte er, dass er als Kind/Jugendlicher ein Aquarium hatte, Trecker fuhr und gerne Tennis spielte. Das Tennis spielen hätten seine Eltern jedoch nicht toleriert. Er überlegte, wie er diese Freude bringende Tätigkeit wieder aufnehmen könnte und entschloss sich, einen Freund zu fragen, ob sie gemeinsam Badminton spielen würden. Herr A. schien bei diesem Thema recht ambivalent zu sein. Er würde gerne Badminton spielen, was er vor einem Jahr schon einmal probiert hatte, weil ihm dies Freude bereitete und er das Gefühl nach dem Sport genossen hatte. Doch macht er sich Sorgen darüber, dass seine Kondition nicht ausreichen würde, um mit seinem „Kumpel“ mitzuhalten. Er wolle dies jedoch in nächster Zeit wieder umsetzen. Im Verlauf der Gespräche stellte sich heraus, dass Herr A. sich für Konzerte, vornehmlich der Musikrichtung Rock, Kinobesuche und Fußball interessiert. Diese Aktivitäten, wie Kino- und Konzertbesuche, die er früher mit Freude unternommen hatte, er jedoch, so erzählte er, in den letzten Monaten vernachlässigt hatte, nahm er nun wieder auf. Zudem besuchte er eine Theatervorstellung und war davon so begeistert, dass er gerne wieder eine Vorstellung besuchen würde. Herr A. hat sich vorgenommen, zunächst ein- bis zweimal die Woche etwas zu unternehmen, damit es ihn nach einer Zeit nicht langweile und er zudem auch froh sei, in der anderen Zeit seine Ruhe zu haben. Diese Fähigkeit, abzuschätzen was ihm gut tut, ist eine wichtige Ressource, die ihm dabei hilft seinen Alltag zu strukturieren, ohne sich zu überfordern oder zu langweilen. Um zu entspannen würde er auch gerne Musik hören. Dies kann er jedoch momentan nur über Kopfhörer tun, da die Boxen seiner Stereoanlage nicht funktionieren.

Herr A. ist sehr überlegt, er plant sich einen neuen Computer und einen DVD-Player zu kaufen. Bevor er dies jedoch tut, möchte er sich in Fachzeitschriften und im Internet über Qualität und Preis informieren. Zu einem Gespräch kam Herr A. äußerst euphorisch und berichtete über ein Erfolgserlebnis. Durch die Gespräche habe er bemerkt, dass er fähiger ist, als er es sich zu getraut hatte und hatte deshalb eine lang gehegte Idee umsetzen können. Er berichtet, dass er sich vor langer Zeit eine CD mit Entspannungsmusik gekauft und diese nun gehört habe. Dabei konnte er sich zwei Stunden auf das Lesen und die Bearbeitung seiner Post konzentrieren. Gelesen habe er seit Jahren nicht mehr und seine Post erledige normalerweise seine Betreuerin, da seine Konzentration dafür nicht ausreichen würde. Er war über dieses Erfolgserlebnis so erstaut, dass er sich entschloss, dies öfter zu machen, jedoch nur, wenn er sich danach fühlen würde. Er habe viele Bücher zu Hause, die er nie gele-

sen habe. Auch auf Recherchen, über einen längeren Zeitraum, im Internet habe er sich nun konzentrieren können.

Aufgrund seiner langjährigen passiven Lebensweise braucht Herr A. immer wieder andere Menschen, die ihn ermutigen ein Vorhaben umzusetzen. Dabei erweisen sich sein „Kumpel“, seine Schwester und seine Betreuerin als wichtige Ressourcen, die ihn unterstützen. Er berichtet, dass er sich teilweise nicht motivieren könne, ein Vorhaben umzusetzen und dieses, wenn möglich verschiebt, worüber er sich später ärgern würde. Um dies zu vermeiden hatte er die Idee, die für ihn wichtigen Vorhaben in einem Kalender zu notieren.

Besonders erfreulich war die Tatsache, dass Herr A. zu jedem Termin pünktlich erschien, auch an einem Tag an dem er erst eine halbe Stunde zuvor aufgestanden war. Er erzählte, dass er andere Termine öfters absagen würde, wenn er keine Lust darauf hätte. Die Gespräche, im Rahmen des Konzeptes der „ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung“, hingegen würden ihm viel Freude bereiten, da sie nicht um seine Krankheit gehen und sie ihm seine kleinen Erfolge aufzeigen würden. Im Verlauf der ressourcenanamnestischen Gespräche mit Herrn A. entwickelte er sich zunehmend zu einem aktiveren Menschen, der sich traute, trotz seiner Ängste, aktiv etwas zu unternehmen, was ihn ablenkte und ihm Freude bereitete. Er selbst stellte fest, dass er heute positiver denken würde, als noch ein paar Monate zuvor.

3.2.3.2. Die Ressourcendiagnose

Die Erstellung eines Ressourcenförderplans setzt eine Ressourcendiagnose voraus, die auf Grundlage der Ressourcenanamnese erstellt wird. Es werden diejenigen Bereiche und Erfahrungen herausgestellt, denen sich der Klient früher schon einmal mit großem Interesse zugewandt hatte, in denen er das Gefühl hatte, dass die eigenen Fähigkeiten ausreichten, um eine gegebene Herausforderung in einem mehr oder weniger zielgerichteten Handeln zu bewältigen, und wo er sich so konzentriert erlebte, dass kaum mehr Aufmerksamkeit für andere, unwichtigere Dinge übrig blieb, er sich also auch der Beschäftigung mit den eigenen Problemen enthoben fühlte. Es ist zu klären, was er dabei jeweils aktuell und konkret getan, unternommen und erlebt hat, nach welchen Regeln und Zielen sich sein Handeln richtete, wie der Erfolg festgestellt wurde und welche eventuell auch längerfristigen Perspektiven der Klient für sich daraus abgeleitet hat (vgl. Lazarus/ Bosshard, 2005: S.172). Von Bedeutung hierbei ist es auch, sich vermehrt auf die aktuellen Interessen zu konzentrieren, da es darum geht,

den Klienten zu motivieren, Freude bringende Aktivitäten in den eigenen Alltag einzubauen. Es gibt mit Sicherheit viele vergangene Interessen, die aber heute für den Klienten uninteressant geworden oder nicht mehr umsetzbar sind. Es ist der Klient, der bestimmt, welchen Aktivitäten und in welchem Umfang er diesen nachgehen möchte. Zusammenfassend sollen mit der Ressourcen diagnose die Fragen „welche Interessen sollen gefördert werden?“, „worauf richten sich die Ziele der interessen geleiteten Aktivitäten?“, „wie und wann können die Inhalte konkret umgesetzt werden?“ beantwortet werden. Ein eigenes entwickeltes Analysesystem ermöglicht es, aus den Informationen der ressourcenorientierten biografischen Gespräche und der Ressourcenanamnese, die Ressourcendiagnose, als Grundlage des Ressourcenförderplanes zu erstellen.⁶⁾

3.2.3.3. Der Ressourcenförderplan

Bei der Ressourcenförderung geht es darum, wie gefundene Ressourcenprozesse wieder in Gang gebracht und aufrechterhalten werden können. Da die Erstellung eines Ressourcenförderplanes auf der Wahrnehmung der Möglichkeiten und Stärken eines Klienten beruht und seinen Glauben unterstützen soll, mehr zu können und mehr zu werden, in Richtung dessen, wie er sich selbst gemäß seiner eigenen Wünsche und persönlichen Zielsetzungen entwickeln möchte, muss er für jeden Klienten individuell erstellt werden. Ressourcenförderung sollte sich in kleineren Schritten vollziehen. Es ist sehr genau zu überlegen, wie und mit welcher Unterstützung die zur Aktivierung erforderlichen motivierenden, planenden und durchführenden Strategien in Gang gesetzt und aufrecht erhalten werden können (Bosshard/ Ebert/ Lazarus, 2007: S.459). Zusammen mit dem Klienten werden diejenigen Grob- und Fernziele formuliert, die er hinsichtlich seiner Person und auf der Sach- und Beziehungsebene mittels seiner interessen geleiteten Aktivitäten erreichen möchte, um ein langweiliges oder gar sinnlos erscheinendes Leben in ein solches überzuleiten, in dem Freude, Kreativität und Selbstwirksamkeit erfahren werden können. Ressourcenförderung mit chronisch psychisch kranken Menschen zielt darauf ab, dass der Klient sich öfter, länger und lustvoller mit dem befasst, was er selbst gerne wissen oder können möchte. Es geht um eine bedürfnis- und interessenorientierte, möglichst selbstinitiierte Hinwendung zu sämtlichen Themen, Gegenständen und Vorgängen, die den Geist aufgeschlossen und die Sinne offen und bereit zum Engagement machen. Entscheidend ist, dass jeder für sich herausfindet, mit was beziehungsweise

womit er sich befassen und beschäftigen möchte und will (Lazarus/ Bosshard, 2005: S.176).

Exkurs: Der Ressourcenförderplan des Herrn A.

Herr A. zeigte im Verlauf der Gespräche eine überdurchschnittliche Initiative in der Bereitschaft, über sich zu sprechen und nachzudenken. Zudem konnte er erste Erfolge erzielen, in dem er sich traute, seine Gewohnheiten zu erweitern. Es gelang ihm seine Ideen in einigen Bereichen umzusetzen. Herr A., der früher gerne Tennis spielte und heute mit Freude Badminton spielt, konnte dieses Ziel bis jetzt noch nicht in die Tat umsetzen. Jedoch hat er bereits den ersten Schritt in die Richtung einer erneuten Aufnahme der Tätigkeit getan, in dem er seinen „Kumpel“ fragte, ob sie wieder spielen gehen wollen. Herr A. schiebt diese Tätigkeit nicht ohne Grund vor sich her, er hat momentan Sorgen um seine körperliche Gesundheit und möchte hierüber erst Klarheit erhalten. Sein Ziel behält er dabei im Auge und erinnert sich gerne an das Gefühl, welches er während und nach dem Spiel hatte. Herr A. kann gut erkennen, wo seine Leistungsgrenzen liegen und möchte sich nicht überfordern, um den Spaß an einer Tätigkeit nicht zu verlieren. Dieses sieht er in all seinen Vorhaben. Er genießt es gelegentlich etwas Anderes zu erleben, möchte dies aber auch nicht übertreiben, da ihm die Entspannung in seiner Wohnung sehr wichtig ist und ihm auch gut tut und er zudem die Freude an einer Tätigkeit nicht dadurch verlieren möchte, dass er etwas zu oft macht und es ihm langweilig wird.

Herr A. konnte neue Seiten an sich entdecken. Durch diese Erfolge angeregt, möchte er sich wieder dem Lesen widmen. Da jedoch die mit seiner Erkrankung einhergehenden Konzentrationsstörungen und Gedankenabrisse dieses Vorhaben stark beeinflussen, geht er dies langsam an, wodurch er sich nicht unter Druck setzt, sondern dann liest, wenn er sich dafür bereit fühlt. Dies tut er bereits in einer gewissen Regelmäßigkeit. Da Herr A. in vielen Bereichen Interesse zeigt, fällt es ihm nicht schwer, neue Ideen für eine aktivere Freizeitgestaltung zu finden. So recherchierte er beispielsweise in eigener Sache im Internetcafe. Diese Leistung konnte er jedoch erst als Erfolg anerkennen, als man ihn darauf ansprach. Herr A. braucht in vielen Situationen die Unterstützung und den Anstoß von Außen, nicht nur im Erkennen von Erfolgen, sondern auch bei der Umsetzung seiner Interessen. Zudem scheitert die Umsetzung hin und wieder an der Angst, die Wohnung nicht verlassen zu können. Seine ambulante Betreuerin, seine Schwester und sein „Kumpel“ scheinen hier sehr

hilfreich, da sie ihn motivieren, seine Vorhaben umzusetzen und ihm praktische Ratschläge geben können. Jedoch ist es wichtig, dass Herr A. seine Erfolge selbst zur Kenntnis nimmt, was er mittlerweile auch teilweise schafft. Als kleine Hilfe trägt Herr A. seine Vorhaben in einem Kalender ein. Er sagt, dass ein fester Termin auf dem Papier es ihm erleichtert, sein Vorhaben umzusetzen und nicht auf dem Sofa liegen zu bleiben.

Des Weiteren interessiert sich Herr A. für Fußball, Konzerte und Kino. Zudem schrieb er seine Ziele und Interessen, die er umsetzen möchte, auf einem Blatt Papier auf und hing es in seine Wohnung auf, um sich regelmäßig daran zu erinnern. Seine Unterstützungsideen und dass er zu jedem Termin pünktlich erschienen ist, was er normalerweise nicht tut, zeigen seinen deutlichen Wunsch, etwas zu verändern.

Wenn er gesundheitlich in der Lage ist, kann er es schaffen, seine Ziele zu erreichen.

3.2.4. Motivation zur selbstbestimmten Aktivitätssteigerung

Vielen psychisch erkrankten Menschen, auch die mit einer langen Psychiatrieerfahrung, mangelt es nicht an Ideen, ihre Freizeit aktiv zu gestalten. Auch zeigten die Gespräche mit Herrn A., dass er Interesse daran hatte, sich wieder früheren und heutigen Freude bringenden Aktivitäten zu widmen. Vielen Menschen, die an einer Schizophrenie erkrankt sind, fällt es jedoch schwer, sich selbst zu motivieren, nach Jahren des Rückzugs und auch als Folge der Symptome ihrer psychischen Erkrankungen, wie zum Beispiel Antriebsarmut. Nach erfolgreicher Erstellung einer Ressourcenanamnese und eines Ressourcenförderplans wird im weiteren Gesprächsverlauf das Augenmerk bedarfsorientiert, nicht nur auf die Suche und Förderung vorhandener Ressourcen gelegt, sondern auch auf die Förderung der Motivation, diese umzusetzen. Im Laufe der Gespräche wird somit das Augenmerk, wenn nötig, von den förderlichen Aktivitätsressourcen hin zur Förderung der Motivation gelegt. Da es verschiedene Arten gibt, die Motivation zu fördern und bei jedem Klienten andere Gründe vorherrschen, die zu einem Motivationsmangel führen, werden im Folgenden, bezogen auf das Konzept der „ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung“, die wichtigsten Motivationskonzepte, wie das der „intrinsischen Motivation“, die „motivierende Gesprächsführung“ oder die „Selbstmotivation durch die Bekämpfung des inneren Schweinehundes“, beschrieben. Durch diese spezielle und bedarfsorientierte Motivationsförderung wird es möglich, dass auch Klienten, die im Laufe ihres Lebens nur wenige Motivationsanreize

kennen gelernt haben, ihre gesetzten Ziele erreichen. Die verschiedenen Motivationskonzepte können nicht bei jedem Klienten angewendet werden, da ein Mensch, je nach seiner individuellen Beschaffenheit, besser auf das Eine oder Andere anspricht. Erfolge, die mit kleinen Schritten beginnen sollten, fördern zusätzlich das Selbstvertrauen, wodurch kleine Erfolgserlebnisse selbst wieder die Motivation fördern. Sie sollen dem Klienten als „kleiner Anstoß“ dienen, um zu erkennen, wie viel Potenzial in ihm steckt. Es scheint von erheblicher Bedeutung zu sein, die Motivation eines Klienten zu fördern, da es von der individuellen Motivation eines Klienten abhängt, ob eine Freude bringende Tätigkeit (wieder) aufgenommen wird, nach teilweise langen Jahren des Rückzuges, des Verlustes des Vertrauen in sich und die eigenen Fähigkeiten und der Negativsymptome einer Schizophrenie. Diese ungünstigen passiven Verhaltensweisen können durch verschiedene Ursachen, wie Defizite in der Entwicklung und/oder den Verlauf der Erkrankung, bedingt sein. Im Rahmen des Konzeptes der „ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung“ kann hier nur auf die Aspekte der Motivationspsychologie eingegangen werden, die hierfür relevant erscheinen. Zunächst soll einleitend der Begriff der Motivation beschrieben werden, um im Folgenden die relevanten Aspekte der Motivationspsychologie darstellen zu können. Allgemeines Handlungsziel ist es in diesem Baustein, die möglicherweise ungünstigen passiven Verhaltensweisen des Klienten zu erkennen und Handlungsalternativen aufzuzeigen, um den Wunsch nach mehr Aktivität und Freude bringender Freizeitgestaltung, außerhalb der Psychiatrie, zu unterstützen.

3.2.4.1. Der Begriff der Motivation

In der Motivationspsychologie wird Motivation als ein hypothetisches, in viele Komponenten aufgegliedertes Konstrukt gesehen, als etwas gedanklich Konstruiertes, mit dem die Zielgerichtetheit des menschlichen Handelns erklärt werden soll. Der Kern der Motivation besteht darin, dass eine Person ihr Verhalten um der erwarteten Folgen Willen auswählt und hinsichtlich Richtung und Energieaufwand steuert. Die im Verhalten zu beobachtende Zielgerichtetheit, der Beginn und der Abschluss einer übergreifenden Verhaltenseinheit, ihre Wiederaufnahme nach Unterbrechung, der Wechsel zu einem neuen Verhaltensabschnitt, der Konflikt zwischen verschiedenen Zielen des Verhaltens und seine Lösung, all dies wird dem Begriff der Motivation zugerechnet (vgl. Heckhausen, 1989: S.10,11). Als Komponenten der Motivation können Erwartungen, Werte, Selbstbilder, Willensprozesse, Affekte/ Emotionen und neu-

rohormonelle Prozesse genannt werden. Werte und Erwartungen gelten dabei als die wichtigsten Komponenten der Motivation, da im Allgemeinen bekannt ist, dass eine Person mehr Energie für eine Sache aufbringt, wenn sie ihr eine hohe Wichtigkeit beimisst. Motivationsprozesse sind abhängig von verschiedenen Bedingungen, wie Situations- und Persönlichkeitsbedingungen. Situationsbedingungen sind äußere Stimuli, die ein Verhalten auslösen. Zu den Persönlichkeitsbedingungen können die körperlich-konstitutionellen und physiologischen Dispositionen, aber auch überdauernde kognitiv-emotionale Strukturen, wie zum Beispiel relativ stabile Kausalattributionen, also Attributionsstile, die entweder für eine generelle Aktivitätsreduzierung verantwortlich sind oder die Handlungsaktivitäten erleichtern und begünstigen, gezählt werden (vgl. Lazarus/ Bosshard, 2005: S.41). Ferner zählen hierzu relativ stabile Kompetenzerwartungen oder sonstige motivationssteigernde beziehungsweise demotivierende Überzeugungen, sowie die individuellen Motive einer Person. Motive werden als zeitstabile Personenmerkmale konzipiert und stellen eine Neigung dar, bestimmte Themen oder Gegenstände positiv oder negativ zu bewerten (Vollmeyer, 2005: S. 9). Es werden primäre von sekundären Motiven unterschieden. Primäre Motive, wie das Nahrungs- und das Kältevermeidungsmotiv, beruhen auf physiologischen Vorgängen, wohingegen sekundäre Motive, wie vor allem das Leistungs-, Macht- und Anschlussmotiv, stärker auf psychologische Prozesse zurückgehen. So gesehen spielen in Motivationsprozessen, neben den Anregungsbedingungen der Situation, die etwa in der Wahrnehmung von Gelegenheiten zur Erreichung bestimmter Ziele bestehen, die damit angeregten Motive einer Person für die Ausbildung der Anreizwerte der antizipierten Handlungsfolgen eine Rolle. Formal und losgelöst von Bedürfnisinhalten entsteht Motivation und das daraus resultierende Verhalten folgendermaßen: Die verschiedenen Motive einer Person sind nicht dauerhaft aktiv, sondern müssen, bevor sie verhaltenswirksam werden, erst einmal durch Situationsmerkmale angeregt werden. Liegen in einer Situation Anreize vor, also Situationsmerkmale, die zu einem bestimmten Motiv passen, resultiert aus der Interaktion von Motiv und Anreiz die aktuelle Motivation, die dann wiederum das Verhalten beeinflusst (vgl. Vollmeyer, 2005: S.11). Es hängt dabei von der Stärke des Motivs und der erwarteten Ergebnisse und Folgen ab, welcher Anreiz in einer Situation wahrgenommen wird. Emotionen sind eine weitere Komponente des Motivationsprozesses, da der Antrieb zu einer Handlung stets in dem Wunsch und in der Absicht besteht,

bestimmte Zustände zu verwirklichen, zu erreichen oder sie zu vermeiden, da sie für die Person entweder mit einer positiven oder negativen Emotion verbunden sind.

Wenn mithin die Motivation eine entscheidende Determinante für psychische Aktivitäten ist, dann kommt es ganz wesentlich darauf an, die einzelnen Komponenten dieser Funktionseinheit so zu stärken und zu aktivieren, dass sich eine Person in einem Aktivitätsprozess relativ stabil, dauerhaft und nachhaltig in Richtung ihrer erwünschten und selbstgesetzten Ziele verhalten kann (vgl. Lazarus/ Bosshard, 2005: S.40).

3.2.4.2. Die Umsetzung der Aktivitätsressourcen – Motivationshindernisse und Motivationsförderung

Viele psychische Erkrankungen gehen mit sogenannten Willenshemmungen einher, das heißt mit Handlungsausführungshemmungen beziehungsweise mit erhöhten Selbsthemmungen (vgl. Lazarus/ Bosshard, 2005: S.45). Mit dem schizophrenen Krankheitsbild treten zudem eine emotionale Verflachung und ein wenig sinnvolles Verhalten in den Vordergrund, welche die Motivation stören können. Störungen der Motivation können auf allen Ebenen und in jeder Ablaufphase auftreten, unter anderem als Wunsch-, Bedürfnis- und Interessendefizite, als unklare und diffuse Ziel-, Erwartungs- oder Erfolgsvorstellungen, als unangemessene und dysfunktionale Bewertungen von Handlungsfolgen sowie eine falsche Kausalattribution, als fehlende oder verarmte Anreiz- und Anregungsbedingungen, als negative Fähigkeitszuschreibungen und aus Angst.

Die Gefühle von Angst und Entmutigung sind die größten Motivationshemmer. Viele Menschen haben die Erfahrung gemacht, dass es sehr weh tut, wenn man feststellen muss, dass Ziele, die man sich vorgenommen hat, nicht erreicht werden können (vgl. Martens/ Kuhl, 2004: S.105). Gerade psychisch kranke Menschen machen diese Erfahrungen in einer großen Anzahl, wenn ihre Symptome und die Ausgrenzungen aus den gewohnten Kreisen sie davon abhalten, etwas zu erreichen. So können die mit einer schizophrenen Erkrankung einher gehenden kognitiven Störungen die Konzentrationsfähigkeit so erheblich beeinträchtigen, dass es zum Beispiel einem Klienten, der sich immer wieder vorgenommen hat zu lesen, nicht mehr möglich ist, dieses umzusetzen. Motivation wurde zuvor so definiert, dass alle Handlungen auf einen bestimmten Zustand hin ausgerichtet werden. Kann eine Person jedoch kein Ziel erkennen, so liegt ein vollständiges Motivationsdefizit vor (vgl. Vollmeyer, 2005: S.16). Zudem hängt die individuelle Motivation mit den Erwartungen zusammen, ob eine

Person von sich glaubt, durch ihre Handlungen ein erwünschtes Ergebnis herbeiführen zu können. Diese sogenannte Selbstwirksamkeit beschreibt, dass ein Individuum sein eigenes Verhalten nicht nur dadurch beeinflussen kann, dass es Aspekte seiner Umgebung unter seine Kontrolle bringt, sondern auch durch die eigenen Erwartungen, die es in Bezug auf die Möglichkeit und die Güte der Ausführung dieser Verhaltensweise bildet (vgl. Mummendy, 2006: S.74). Die Selbstwirksamkeitserwartungen, die eine wichtige Determinante für menschliches Verhalten darstellen, erfordern gewöhnlich Verhaltenserfahrungen oder die Beobachtung von Modellen. Eine fehlende Selbstwirksamkeit kann so dazu führen, dass eine Person Handlungen unterlässt. Viele psychisch kranke Menschen kennen das Gefühl einer fehlenden Selbstwirksamkeit. Über viele Jahre oder sogar Jahrzehnte haben sie den Glauben an sich und ihre Fähigkeiten, aufgrund von zahlreichen Frustrationen verloren. Es ist daher auch von großer Bedeutung gewesen, in der Ressourcenanamnese nach erfolgreichen Handlungen zu suchen, um die Selbstwirksamkeit zu stärken. Durch die Begleitung und die Stärkung der Selbstwirksamkeit kann ein Klient lernen, sich als aktiv und erfolgreich handelnd zu erleben, wenn kleine Ziele, aufgrund seiner eigenen Fähigkeiten, erreicht werden können. Diese Erfahrungen können die positiven Verhaltenserfahrungen und damit auch die Selbstwirksamkeitserfahrungen stärken, wodurch der Klient ermutigt wird, neue Handlungen aufzunehmen.

Ein erstes Mittel der Motivationsförderung ist die Lenkung der Aufmerksamkeit, indem der Fokus auf diejenigen Prozesse gerichtet wird, die mit Erfahrungen von interessierter Zuwendung, von positivem Austausch und von Akzeptanz und Bestätigung verbunden waren oder sind. Dies erfolgt bereits in der Ressourcenanamnese. Wichtig für den Klienten ist zudem die eigenen Wünsche und Bedürfnisse bewusst zu realisieren, denn dadurch können aus Intentionen konkrete Pläne und Handlungen werden. Im Folgenden werden nun unterschiedliche Formen der Motivationsförderung beschrieben, die alle das Ziel haben, den Klienten darin zu unterstützen, seine Wünsche und Ziele zu realisieren.

3.2.4.3. Die intrinsische Motivation

Dem Begriff der intrinsischen Motivation kommt eine besondere Bedeutung zu, da er jenes Verhalten beschreibt, nach welchem im Rahmen der Ressourcenanamnese gesucht wird und welches aktiviert werden soll, da es ein Verhalten beschreibt, welches um seiner selbst Willen ausgeführt wird und in dem die Person ausschließlich

aus eigenem Antrieb handelt. Im allgemeinen (englischen) Sprachgebrauch meint intrinsisch so etwas wie „innerlich“, „eigentlich“ oder „wahr“; extrinsisch meint dagegen so etwas wie „äußerlich“, „nicht wirklich dazu gehörend“ (Rheinberg, 2008: S.149). Der Begriff der intrinsischen Motivation wird heute einheitlich für solche Motivationsformen verwendet, die allein wegen der Tätigkeit und nicht wegen der Ergebnisse durchgeführt werden. Nach der Selbstbestimmungstheorie von Deci und Ryan bilden die Grundbedürfnisse Kompetenz und Selbstbestimmung die gemeinsame Grundlage für das Auftreten intrinsisch motivierten Verhaltens. Nach ihrer Ansicht energetisiert intrinsische Motivation eine Vielzahl von Handlungen und psychologischen Prozessen, deren wichtigste Belohnung darin besteht, dass die handelnde Person sich selbst als kompetent und selbstbestimmt erlebt (vgl. Schiefele/ Streblow, 2005: S.44). Des Weiteren zählen zu dem intrinsisch motivierten Verhalten die oben beschriebenen Flow-Erlebnisse (siehe 3.2.2.2.). Durch dieses Verhalten, welches durch die in der Tätigkeit selbst erfahrene Freude motiviert wird, steigert sich das Selbstvertrauen, die Zufriedenheit und das Gefühl der Solidarität mit Anderen. Das Charakteristikum dieses intrinsisch motivierten Verhaltens ist die Freude an einer Aktivität. Genau diese Freude bringenden Aktivitäten sind es, die gemeinsam mit dem Klienten in den Gesprächen erschlossen und im weiteren Verlauf als solche identifiziert werden sollen. Die Erinnerungen an solche Aktivitäten, Interessen, Einstellungen und Fertigkeiten, die im Laufe der individuellen Entwicklung erworben wurden und die damit verbundenen positiven Gefühle, können einen Klienten anregen, eine Aktivität (wieder) aufzunehmen und sich dadurch nicht nur an der Tätigkeit zu erfreuen, sondern sich zudem als kompetente, selbstbestimmte und aktiv handelnde Person wahrzunehmen. Das dadurch gewonnene Selbstvertrauen kann als Anreiz dienen, dass der Klient sich neuen Bereichen zuwendet, die er sich vorher nicht zugetraut hatte. Es ist das Ziel sich darüber bewusst zu werden, in welchen Tätigkeiten man ein Gefühl der Freude erlebt, eine intrinsisch motivierte Tätigkeit, die in sich selbst lohnend ist, ohne eine extrinsische Belohnung.

So traute sich Herr A. zu, nach einer langersehnten und Freude bringenden Computerecherche, sich wieder dem Lesen zu widmen. Dieses hatte er seit Jahren nicht mehr gemacht, weil er glaubte, dass er dies aufgrund seiner mangelnden Konzentrationsfähigkeit nicht schaffen würde. Seitdem er sich als konzentriert erlebt hatte, bearbeitet er zeitweise seine Post ohne fremde Hilfe und liest Bücher, was er sich zuvor nicht zugetraut hatte.

3.2.4.4. Die motivierende Gesprächsführung

Können während der Gespräche keine intrinsisch motivierten Aktivitäten gefunden werden oder können diese trotz der inneren Belohnung nicht umgesetzt werden, scheint die motivierende Gesprächsführung nach Miller und Rollnick eine geeignete Methode zu sein, um die Motivationsentwicklung des Klienten darin zu unterstützen, sein Verhalten so zu verändern, wie er es gerne möchte.

Die motivierende Gesprächsführung kann als eine klientenzentrierte, direktive Methode zur Verbesserung der intrinsischen Motivation für eine Veränderung mittels der Erforschung und Auflösung von Ambivalenz definiert werden. Direktiv kann hier nicht als Anweisung oder Überzeugung verstanden werden. Es geht vielmehr darum, den Klienten zu ermutigen, seine eigenen Motive und Wünsche zu untersuchen. Ausgangspunkt ist die Annahme, dass die Motivation zu einer Verhaltensänderung seitens des Klienten innerhalb des Gespräch geschaffen werden muss, um Widerstände und Ambivalenzen aufzulösen. Da angenommen wird, dass die Motivation zu einer Verhaltensänderung keine intrapersonelle Eigenschaft, sondern ein interpersoneller Prozess ist, muss eine ausreichende Motivation des Klienten erst im Gespräch mit ihm erarbeitet werden.

Bei der Motivation zu einer Veränderungsbereitschaft scheinen drei wichtige Komponenten von zentraler Bedeutung zu sein. Die erste Komponente wird als „Absicht“ bezeichnet. Sie beschreibt das Ausmaß, in dem die Person eine Veränderung will oder begehrt. Es geht vor allem um die Bedeutung, die der Diskrepanz zwischen einem jetzigen Zustand und einem Ziel zugemessen wird. Die zweite Komponente wird als „Fähigkeit“ bezeichnet und beschreibt die Zuversicht und die Fähigkeit einer Person zur Veränderung. Die letzte Komponente wird als „Bereitschaft“ bezeichnet. Motivation zu einer Veränderung kann nicht entstehen, wenn eine Person zwar willens und fähig für eine Veränderung, aber nicht dazu bereit ist. Eine fehlende Verhaltensänderung ist demnach zu beobachten, wenn die persönliche Bedeutung der Thematik für den Klienten gering ist, aber auch wenn er nur eine geringe Zuversicht aufweist, eine solche Verhaltensänderung zu realisieren (vgl. Warschburger, 2009: S.93). Alle die zuvor genannten Komponenten Bereitschaft, Absicht und Fähigkeit können Quellen des Phänomens der Ambivalenz sein, welche als Schlüsselement fehlender Veränderung angesehen wird. Diese Ambivalenz, das Fühlen einer Zwi-spältigkeit bezüglich einer Sache oder Person, stellt jedoch nicht unbedingt ein Hin-

dernis dar, sondern ist ein erster Schritt in die Richtung einer Veränderung, weil der Klient beginnt, sich mit seinen Wünschen und Zielen abwägend auseinander zu setzen. Die Auflösung von Ambivalenz kann der Schlüssel zur Veränderung sein und in der Tat, ist die Ambivalenz erst einmal aufgelöst, braucht es wenig, um die Veränderung zu vollziehen (Miller/ Rollnick, 2004: S.39). Die Grundhaltung der motivierenden Gesprächsführung besteht aus den grundsätzlichen Einstellungen der Partnerschaftlichkeit, der Evokation und der Autonomie. Mit Partnerschaftlichkeit ist eine positive zwischenmenschliche Atmosphäre gemeint, in der die Kenntnisse und Standpunkte des Klienten gewürdigt werden, um eine Veränderung zu fördern, jedoch nicht zu erzwingen. Evokation meint, dass angenommen wird, dass die Ressourcen und die Motivation zur Veränderung im Klienten selbst vorhanden sind, so dass diese intrinsische Motivation zur Veränderung durch Einbeziehung der Wahrnehmungen, Ziele und Werte des Klienten verstärkt wird (vgl. Miller/ Rollnick, 2004: S.55). Autonomie beschreibt die Einstellung der Beraterin, dass sie das Recht und die Fähigkeit des Klienten auf Selbstbestimmung bestätigt und eine ausgewogene Entscheidungsfindung unterstützt, in der eher der Klient die Argumente für eine Veränderung ausdrückt. Diese Grundhaltung findet ihren Ausdruck in der konkreten Anwendung der damit verbundenen Basisprinzipien der motivierenden Gesprächsführung, wie Empathie ausdrücken, Diskrepanz entwickeln, Widerstand umlenken und Selbstwirksamkeit fördern. Empathie und die daraus resultierende empathische Kommunikation, die eine Akzeptanz für die Sicht des Klienten und dessen Ambivalenz beinhaltet, wird während des gesamten Prozesses der motivierenden Gesprächsführung angewendet und ist als Fundament dieser und auch der ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung zu verstehen. Das zweite allgemeine Prinzip ist die Erzeugung und Verstärkung einer wahrgenommenen Diskrepanz zwischen dem gegenwärtigen Verhalten des Klienten und seiner grundsätzlichen Ziele und Werte (vgl. Miller/ Rollnick, 2004: S.60). Eine so wahrgenommene Diskrepanz motiviert zu einer Veränderung. Dabei soll der Klient selbst Argumente für eine Veränderung finden. Zögern und Ambivalenz werden nicht abgelehnt, sondern als natürlich und verständlich akzeptiert. Den Widerstand umzulenken, beinhaltet die Person aktiv in den Prozess der Problemlösung einzubinden, um so einen neuen Impuls in Richtung einer Veränderung zu erzeugen. Selbstwirksamkeit, als Schlüsselement für die Motivation, meint die Überzeugung einer Person, dass sie fähig ist, eine bestimmte Aufgabe auszuführen und erfolgreich zu beenden. Das allgemeine Ziel der motivierenden Gesprächs-

führung ist eine Stärkung des (Selbst-) Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten und das damit verbundene Gefühl der Selbstwirksamkeit, mit Schwierigkeiten umzugehen und eine Veränderung erfolgreich umzusetzen (vgl. Miller/ Rollnick, 2004: S.64). Zu dem wird der Glaube der Beraterin an die Fähigkeit der Person, sich zu verändern, zu einer Self-fulfilling Prophecy.

Die motivierende Gesprächsführung besteht aus zwei Phasen. Die erste Phase zielt primär auf den Prozess der Entwicklung intrinsischer Motivation zu einer Verhaltensänderung, durch die Verstärkung und Klärung von Diskrepanzen, ab. Die Beraterin gibt hier Struktur, Unterstützung, Richtungshilfen und auch notwendige Informationen, sie arbeitet die Sicht des Klienten heraus, respektiert dessen Sichtweise und erörtert die Veränderungsbereitschaft (vgl. Warschburger, 2009: S.94). Die entstehenden Ambivalenzen verschwinden in dieser Phase gewöhnlich nicht vollständig, sondern verringern sich erst im Übergang zu Phase zwei, mit Einleitung der Umsetzung einer Veränderung (vgl. Miller/ Rollnick, 2004: S.122). Das Ziel in dieser Phase ist es, den Klienten in seiner Veränderungsbereitschaft zu stützen und gemeinsam konkrete Schritte der Verhaltensänderung zu entwickeln. Hierzu gehören die Klärung der Ziele, die der Klient durch seine Verhaltensänderung erreichen möchte und deren Wahl ausdrücklich dem Klienten überlassen werden, und die Abklärung konkreter Handlungsschritte, die ihn dahin bringen können (Bosshard/ Ebert/ Lazarus, 2007: S.411). Der Berater erkennt die zunehmende Veränderungsbereitschaft an einer verstärkten Verbalisierung der Nachteile des jetzigen Zustandes und der Vorteile einer Veränderung, an Äußerungen von Optimismus bezogen auf einen solchen Schritt, an einer selteneren Diskussion über das Problem oder an konkreten Fragen zur Änderung, wobei der Klient dann auch höhere Redeanteile zeigt (vgl. Warschburger, 2009: S.94). Idealerweise führt die Zusammenfassung der Handlungsschritte zu einem Plan, zum Punkt der Selbstverpflichtung. Dieser Umsetzungsplan findet sich auch im Ressourcenförderplan (siehe 3.2.3.3.).

Durch diese Methode soll versucht werden die Entwicklung der Veränderungsbereitschaft eines Klienten zu unterstützen, indem seine ambivalenten Gefühle und Einstellungen, Ängste und Widerstände ernst genommen und mit ihm in den Blick gerückt werden, um so gemeinsam konkrete Schritte zu einer Verhaltensänderung, in einem ressourcenorientierten partnerschaftlichen Beratungsverhältnis, zu entwickeln.

Im Laufe der Gespräche mit Herr A. erzählte dieser, dass er gerne wieder Badminton spielen würde, nach Monaten, die er alleine in seiner Wohnung vor dem Fernseher verbracht hatte. Nach seiner ausgiebigen Auseinandersetzung mit den Vor- und Nachteilen des Badmintonspielens, wie geringe Ausdauer vs. gutes Gefühl nach dem Sport, entschloss er sich einen Bekannten zu fragen, ob sie gemeinsam spielen gehen würden, auch wenn seine Kondition geringer war, als die seines Bekannten. Dieses Ziel drückte er erstmalig mit dem Satz „Ich will Badminton spielen“ aus.

3.2.4.5. Selbstmotivation durch die „Bekämpfung des inneren Schweinehundes“

Die Selbstmotivation ist eine wichtige Variable in der Umsetzung interessengeleiteter Aktivitäten. Es scheint, dass die Fähigkeit sich selbst zu motivieren viel wichtiger ist, als motiviert zu werden (vgl. Martens/ Kuhl, 2004: S.105). Die „Bekämpfung des inneren Schweinehundes“ ist hier als eine Metapher zu verstehen, um dem Klienten besser veranschaulichen zu können, welchen inneren Widerstand ein Mensch überwinden muss, wenn er etwas verändern will. Es geht hier um die unsichtbaren Grenzen, die eine Person davon abhalten können, ihre Möglichkeiten voll auszuschöpfen, ihr Potenzial auszunutzen und ihre Vorsätze Wirklichkeit werden zu lassen. Es geht darum, dass der Klient erkennt, dass es, unabhängig von seiner individuellen Kranken- und Lebensgeschichte, auch anderen Menschen schwer fallen kann, den Alltag in verschiedenen Lebensbereichen, wie zum Beispiel Bewegung oder Ordnung halten, einige der „Hauptaktionsfelder des inneren Schweinehundes“, aktiv zu gestalten. Es soll die Erfahrung gemacht werden, dass es viel leichter als gedacht oder sogar befriedigend ist, wenn man endlich etwas „anpackt“ (vgl. Münchhausen von, 2004: S.18). Um ein Vorhaben oder einen Entschluss umsetzen zu können, ist der erste entscheidende Schritt die Ursachen zu erkennen, die eine Person davon abhalten, dies zu tun. Dabei sollen mit dem Klienten gemeinsam die „Sätze des inneren Schweinehundes“ herausgearbeitet werden, die einen Entschluss im Vorfeld verhindern, wie zum Beispiel Unmöglichkeitsformeln oder unverbindliche Entschlüsse, wie „das klappt doch eh nicht“, „das ist viel zu schwierig“ oder „ich könnte ja mal wieder“, die eine eindeutige Entscheidung, durch uneindeutige und unverbindliche Entscheidungen verhindern und die einen in der Durchführung einer Tätigkeit daran zweifeln lassen, diese durchzuführen, wie zum Beispiel „das kann ich doch auch noch später machen“ oder „ich bin momentan dafür nicht in der richtigen Stimmung“.

Der Erfolg eines Entschlusses und die Motivation diesen umzusetzen, hängt nach von Münchhausen, im Wesentlichen von fünf Schritten ab. Zunächst sollte vom Klienten eine eindeutige Entscheidung getroffen werden, ob er handeln will oder nicht. Dabei ist es wichtig, dass er sich selbst attraktive Ziele setzt, für die es sich lohnt, sich anzustrengen und die den eigenen Fähigkeiten und Interessen entsprechen. Es geht darum, dass der Klient sich bewusst macht, warum er eine Veränderung anstrebt und wie er diese umsetzen kann, ohne dass es für ihn zu schwierig und überfordernd wird. In einem zweiten Schritt sollen die eindeutigen Entscheidungen und konkreten Ziele Schritt für Schritt geplant werden. Dabei soll der Klient sich die einzelnen kleinen und positiv formulierten Schritte vor Augen halten. Manchmal kann es auch wirksam sein, wenn der Klient seine Ziele und Schritte schriftlich formuliert, um sich diese wieder bewusst zu machen, wenn er an alte passive Verhaltensweisen anknüpft. Diese Möglichkeit hilft auch Herrn A., seine Ziele umzusetzen. In dem er seine Ziele auf einem Blatt Papier aufgeschrieben hatte, erinnerte ihn dieser daran, dass er etwas anderes tun wollte, als alleine fern zu sehen.

Der nächste Schritt besteht darin, dass der Klient sein Vorhaben möglichst sofort ausführt und es nicht aufschiebt, denn dies könnte dazu führen, dass ein gesetztes Vorhaben erneut nicht umgesetzt wird. Durch das Visualisieren und eigene Kontrollieren des Fortschritts, im vierten Schritt, können zum einen die angestrebten Vorhaben und Ziele angepasst werden. Zum anderen wird die Motivation verstärkt, wenn dem Klienten seine bisherigen Teilerfolge bewusst werden (vgl. Münchhausen von, 2004: S.169). In einem letzten, fünften Schritt geht es darum, sich für das Erreichen eines Ziels zu belohnen, um diesen Erfolg wahrzunehmen und zu fühlen und nicht nur bloß hinzunehmen. Diese Erfolgserlebnisse motivieren einen Klienten nicht nur, sondern verändern auch das Bild, das er von sich selbst hat, in eine positive Richtung.

4. Effekte des Konzeptes „Ressourcenorientierte biografische Gesprächsführung“

In diesem Kapitel werden die möglichen Effekte einer ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung dargestellt. Diese Effekte sind als Möglichkeiten anzusehen, welche weiterführenden positiven Auswirkungen es haben kann, wenn sich ein Klient aktiv Freude bringenden Tätigkeiten zuwendet und sich dabei als kompetent wahrnimmt und die Ziele erreicht, die er sich vorgenommen hat. Die Art und Weise, wie Menschen ihr Leben gestalten, wie sie Krisensituationen oder chronische Erkrankungen bewältigen, hängt wesentlich von den Ressourcen ab, die ihnen zur Verfügung stehen (vgl. Bosshard/ Ebert/ Lazarus, 2007: S.52).

Die möglichen Effekte, wie zum Beispiel Stressbewältigung oder Gesundheitsförderung, wurden im Rahmen des Konzeptes nicht wissenschaftlich erforscht, doch weisen in diesem Zusammenhang Studien aus dem Bereich der Stressbewältigungsforschung, ebenso wie das Konzept der „Salutogenese“ von A. Antonovsky, auf die gesunderhaltende und fördernde Funktion von Ressourcen hin.

Anhand eines Fragebogens, den Herr A. zu Beginn und zum Ende der gesamten Gespräche ausgefüllt hatte, könnte dies auch in einem kleinen Maß ersichtlich werden.⁷⁾ Die Frage, in wie weit er motiviert ist, sich Beschäftigungen außerhalb der Psychiatrie zu suchen, beantwortete er so, dass am Ende diese auf einer Skala von 1-10 um einen Punkt stieg nach oben. Er selbst sagte, dass er positiver denken würde, als zuvor. Diese Aussage kann als erster Anhaltspunkt herangezogen werden, um eine positive Wirkung des Konzeptes der „ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung“ zu bestätigen.

Im Folgenden werden zunächst die Effekte, die Aktivitätsressourcen als Stressbewältigungsmöglichkeiten haben könnten, dargestellt. Danach wird auf die möglichen salutogenen Effekte näher eingegangen.

4.1. Aktivitätsressourcen als Stressbewältigungsmöglichkeit

In diesem Abschnitt soll kurz beschrieben werden, in wie weit Aktivitätsressourcen eine Möglichkeit bieten können, alltäglichen Stress vorzubeugen. Dabei soll hier nur

in geringem Umfang auf die Theorie der Stressforschung und des Stresscopings von Lazarus und Folkman eingegangen werden. Viel mehr geht es darum, zu verdeutlichen, dass positive Erlebnisse, Alltagsstress reduzieren können.

Stress bezeichnet in der Psychologie ein Reaktionsmuster auf Stimulusereignisse, welches das Gleichgewicht einer Person stören und deren Fähigkeit, die Einflüsse zu bewältigen stark beanspruchen oder übersteigen. Die Stimulusereignisse umfassen eine große Bandbreite an externen und internen Bedingungen, die zusammen genommen Stressoren genannt werden, welches Ereignisse sind, die von einer Person eine Art von Anpassungsreaktion fordert (vgl. Zimbardo/ Gerrig, 2004: S.562). Hier soll es vor allem um die Stress erzeugenden Alltagssituationen gehen.

Lazarus und Folkman vertreten die Auffassung, dass die alltäglichen Ärgernisse, die auch Mikrostressoren genannt werden, die über einen länger gehenden Zeitraum andauern, einen sehr hohen Belastungsgrad ausmachen und Bewältigungsstrategien, auch Coping-Strategien genannt, erfordern. Coping bezieht sich auf den Prozess, mit inneren und äußeren Anforderungen umzugehen, welche als einschränkend erlebt werden oder welche die Ressourcen eines Menschen übersteigen (vgl. Lazarus/ Folkman, 1984: S.141). In Anbetracht einer Stresssituation vollzieht eine Person zwei Bewertungsschritte. In einer ersten Bewertung (primary appraisal) schätzt eine Person die sich präsentierende Situation dahingehend ein, ob sie das Wohlergehen (well-being) in Frage stellt oder bedroht (vgl. Lazarus/ Folkman, 1984: S.32). In der Sekundärbewertung (secondary appraisal) schätzt die Person ihre Ressourcen und Möglichkeiten im Hinblick darauf ein, ob eine erfolgreiche Auseinandersetzung mit der Stresssituation erfolgen kann. Dieser Einschätzung der persönlichen Ressourcen dürfte eine zentrale Mediatorrolle dahingehend zukommen, ob sich jemand durch eine Situation eher bedroht oder herausgefordert fühlt (Günther, 2003: S.239). Die Bewertungsprozesse müssen nicht völlig unabhängig und auch nicht zeitlich aufeinanderfolgend ablaufen. Sie finden auf der Basis aller Einstellungen, Lernerfahrungen und momentan vorherrschenden Motive statt (Günther, 2003: S.239). So könnte man annehmen, dass die erfolgreiche Bewältigung Freude bringender Aktivitäten, einen Klienten darin unterstützt durch Erfolgserlebnisse neue Situationen positiver zu bewerten und daran zu glauben, Mittel zur Verfügung zu haben, neue eventuell stresserzeugende Situationen zu bewältigen, damit es nicht oder zu einer geringeren Stressreaktion kommt. Studien von Lazarus zu Folge, zeigt sich eine klare Beziehung zwischen Alltags- und Gesundheitsproblemen, denn je häufiger

und intensiver die Alltagsprobleme auftreten, desto schlechter ist die körperliche und mentale Gesundheit eines Menschen. Es hat sich gezeigt, dass mit abnehmenden Alltagsproblemen das Wohlbefinden zunimmt. Zudem können Alltagsprobleme bei vielen Menschen durch alltägliche positive Erfahrungen aufgewogen werden (vgl. Zimbardo/ Gerrig, 2004: S.573; zit. n. Lazarus/ Lazarus, 1994). So könnten sich auch die positiven Erfahrungen eines Klienten nicht nur auf eine mögliche Stressminderung auswirken, sondern auch auf eine bessere gesundheitliche Verfassung, da eine relative Balance zwischen positiven und negativen Erfahrungen wahrscheinlich gesundheitliche Konsequenzen zu haben scheint.

4.2. Aktivitätsressourcen unter salutogenetischer Perspektiven als Bestandteil der Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung ist in den letzten Jahren zu einem festen Bestandteil des gesundheitlichen Versorgungssystems geworden. Es geht hier nicht mehr nur darum, Krankheiten zu heilen, sondern auch darum, diesen vorzubeugen. Dabei umfasst die Gesundheitsförderung alle unterstützenden, stärkenden und ausgleichenden Maßnahmen, die auf eine Veränderung und Förderung des Gesundheitsverhaltens und der Lebensbedingungen der Bevölkerung abzielen. Ihr Ziel ist es, Menschen (als Individuen) bei der Umsetzung ihrer persönlichen Lebenskonzepte zu unterstützen, ihnen Lebenswelten zu bieten, in denen sie sich entfalten und entwickeln können und soziale Ungleichheiten auszugleichen (Köppel, 2007: S.15).

In der ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung wechselt der Blick von einer Fixierung auf das Krankhafte, ihrer Entstehungsbedingungen und Korrekturmöglichkeiten hin zu den Bedingungen von seelischer und sozialer Gesundheit, die darauf gerichtet sind, Kräfte der Selbstheilung und einer neuen Mentalität zu wecken (vgl. Lazarus/ Bosshard, 2005: S.36). Im Folgenden soll das Konzept der Salutogenese kurz vorgestellt zu werden, um anschließend die möglichen Effekte einer Gesundheitsförderung durch die ressourcenorientierte biografische Gesprächsführung aufzeigen zu können.

4.2.1. Kurzdarstellung des Konzeptes der Salutogenese

Ganz allgemein formuliert versucht das Konzept der Salutogenese von Antonovsky, Menschen zu mehr Autonomie und Kompetenz zu verhelfen. Ausgangspunkt ist die Annahme, dass ein Mensch nie ganz gesund oder ganz krank ist. Gesundheit und Krankheit sind nicht als zwei voneinander abgrenzbare Zustände zu betrachten, sondern als zwei Pole eines Kontinuums innerhalb einer dynamischen Wechselbeziehung. Durch eine salutogenetische Orientierung wird man dazu veranlasst, über die verschiedenen Faktoren nachzudenken, die zu einer Bewegung in Richtung auf das gesunde Ende des Kontinuums beitragen. Anstatt der ausschließlichen Bekämpfung krankmachender Einflüsse setzt der salutogenetische Ansatz zusätzlich auf die Stärkung von Ressourcen, um den Organismus gegen schwächende Einflüsse widerstandsfähiger zu machen (Bengel/ Strittmatter/ Willmann, 2001: S.29). Die Hauptelemente des Konzeptes sind das Kohärenzgefühl, das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, Stressoren und Spannungszustände sowie generalisierte Widerstandsressourcen.

Wie bereits oben angesprochen, geht Antonovsky von der Vorstellung aus, dass jeder Mensch, auch wenn er sich überwiegend als gesund erlebt, auch kranke Anteile hat, und dass Teile von „kranken“ Menschen, solange sie am Leben sind, auch noch gesund sein müssen (vgl. Bengel/ Strittmatter/ Willmann, 2001: S.32).

Das Kohärenzgefühl scheint eine Hauptdeterminante sowohl dafür zu sein, welche Position eine Person auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum einnimmt, als auch dafür, dass man sich in Richtung des gesunden Pols bewegt. Da vielfach nachgewiesen werden konnte, dass das Kohärenzgefühl stark mit psychischer Gesundheit korreliert, wird dieses nun ausführlich beschrieben. Antonovsky definiert das Kohärenzgefühl, wie folgt: *Das Kohärenzgefühl ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass 1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; 2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; 3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, für die Anstrengung und Engagement lohnend sind* (vgl. Antonovsky, 1997: S.36). Die Definition verdeutlicht die Unterscheidung der drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit, aus denen sich das Kohärenzge-

fühl zusammensetzt. Verstehbarkeit bedeutet die Möglichkeit der kognitiven Einordnung einer Sache in den Lebenskontext und die Fähigkeit Informationen zu strukturieren, einzuordnen und gewinnbringend umzusetzen. Handhabbarkeit wird definiert als die bewusste Abschätzung der zur Verfügung stehenden Bewältigungsressourcen, die es dem Betroffenen ermöglicht, seine Autonomie zu wahren (Köppel, 2007: S.18). Das Gefühl der Handhabbarkeit wird durch das Erleben von ausgewogener Belastung gefördert, in Situationen also, in denen sich die Person weder als über- noch unterfordert fühlt. Die dritte Komponente, die Bedeutsamkeit, umfasst die individuelle emotionale Bedeutung, die es für den Betroffenen lohnenswert macht, sich zu engagieren und Bewältigungsressourcen zu mobilisieren (vgl. Köppel, 2007: S.18). Dies setzt voraus, von der Bedeutung der eigenen Person und des eigenen Handelns überzeugt zu sein. Die motivationale Komponente der Bedeutsamkeit scheint am wichtigsten zu sein (Antonovsky, 1997: S.38). Zusammenfassend beschreibt das Kohärenzgefühl ein kontinuierliches, aber dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens in das Leben und die eigenen Handlungs- und Bewältigungsfähigkeiten (Köppel, 2007: S.18). Ein Mensch mit einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl kann flexibel auf Anforderungen reagieren, wobei er für diese spezifischen Situationen angemessene Ressourcen aktiviert. Somit ist auch die Tendenz zur Gesundheit höher. Ein gering ausgeprägtes Kohärenzgefühl führt hingegen dazu, dass Anforderungen eher starr und rigide beantwortet werden, da dieser Mensch weniger Ressourcen zur Bewältigung hat beziehungsweise wahrnimmt. Entscheidend ist, dieses Kohärenzgefühl in bestimmten Lebensbereichen zu haben. Eine große Rolle spielt hierbei die eigene Lebenswelt, vor allem die Bereiche der eigenen Gefühle, der unmittelbaren interpersonellen Beziehungen, die wichtigsten eigenen Tätigkeiten und der existenziellen Fragen, da diese für die Aufrechterhaltung des Kohärenzgefühls intersubjektiv von Bedeutung zu sein scheinen.

Das Kohärenzgefühl wird in der Entwicklung eines Menschen von der Kindheit bis in die Adoleszenz von den gesammelten Erfahrungen, Erlebnissen und Wahlmöglichkeiten beeinflusst. Mit etwa 30 Jahren hat sich das Kohärenzgefühl ausgebildet und bleibt relativ stabil, nachdem ein Mensch die Inkonsistenzen in den verschiedenen Bereichen des Lebens in Ordnung gebracht oder akzeptiert hat. Es kann dann nur unter bestimmten Bedingungen verändert werden. Es ist nicht wahrscheinlich, dass bei jeder Person eine Zufallsbegegnung, eine mutige Entscheidung oder sogar eine von außen herbeigeführte Veränderung eine beträchtliche Veränderung des Ausma-

ßes des Kohärenzgefühls in die eine oder andere Richtung auslösen kann (Antonovsky, 1997: S.117). Veränderungen treten demnach nur auf, weil diese ein neues Muster von Lebenserfahrungen ermöglichen. Gegen diese enge Begrenzung sprechen jedoch die Erkenntnisse der Erwachsenenpädagogik, die für ein lebenslanges Lernen plädieren, und die Erkenntnisse der Identitätsforschung, die zeigen, dass jedes Individuum permanent bis in das hohe Alter Identitätsarbeit leisten muss. Dadurch wird das Kohärenzgefühl auch immer wieder neu hergestellt. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das Kohärenzgefühl, welches für die Fähigkeit steht, Ereignisse, auch extrem negativer Art, sinnvoll in den Lebenskontext zu integrieren und als Erfahrungen zu werten, die letztlich zu mehr Kompetenz führen, ein Konzept darstellt, welches die Wiederherstellung beziehungsweise die Erhaltung psychischer Gesundheit erklären kann.

Stressoren werden als Lebenserfahrungen definiert, die durch Inkonsistenz, Über- und Unterforderung und mangelnde Möglichkeiten der Autonomie gekennzeichnet sind. Die Fähigkeit, Stress und Spannungszustände in adäquater Weise in das Leben einzuordnen, ihnen einen Sinn zu ordnen zu können, sind ausschlaggebend dafür, ob sie eine positive oder negative Auswirkung nach sich ziehen (vgl. Köppel, 2007: S.19). Gelingt die Spannungsbewältigung, durch umfangreiche Copingressourcen, so hat dies eine gesunderhaltende beziehungsweise gesundheitsfördernde Wirkung. Nach Antonovsky wird eine Person mit einem starken Kohärenzgefühl eher als eine mit einem schwachen Kohärenzgefühl einen Stressor als glücklicher, weniger konfliktreich oder weniger gefährlich bewerten, da zu einem erfolgreichem Coping das Ausmaß beiträgt, in dem man seine Wahrnehmung des Stressors kognitiv und emotional ordnen und eine Bereitschaft akzeptieren kann, sich ihm zu stellen und ihn bewältigen zu können (vgl. Antonovsky, 1997: S.129,130).

Generalisierte Widerstandsressourcen wirken, unabhängig von der Situation, immer begünstigend beziehungsweise unterstützend. Sie beschreiben die Fähigkeit eines Menschen, Anforderungen zu bewältigen. Widerstandsressourcen prägen kontinuierlich die Lebenserfahrungen und ermöglichen einem Menschen, bedeutsame und kohärente Lebenserfahrungen zu machen, die wiederum das Kohärenzgefühl formen (vgl. Bengel/ Strittmatter/ Willmann, 2001: S.34). Zudem wirken sie als Potenzial, das aktiviert werden kann, wenn es für die Bewältigung eines Spannungszustandes erforderlich ist (vgl. Bengel/ Strittmatter/ Willmann, 2001: S.34).

So ist anzunehmen, dass es einen kausalen Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl, gesundheitlichen Verhaltensweisen und der Gesundheit gibt, da das Kohärenzgefühl verschiedene Systeme des Organismus, durch die Einschätzung eines Stressors, direkt beeinflussen kann, vorhandene Ressourcen mobilisiert und einen Menschen zwischen gesundheitsförderlichen und -schädlichen Verhaltensweisen abwägen lässt.

4.2.2. Gesundheitsförderliche Zusammenhänge zwischen dem Konzept der Salutogenese und der ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung

Die Soziale Arbeit hat den Anspruch, von Gesundheit anstatt von Krankheit auszugehen, wobei insbesondere die gesundheitlichen Ressourcen und Stärken der Betroffenen sowie die Möglichkeit ihrer Förderung in den Blick genommen werden. So werden „kranke“ Personen ganzheitlich in ihrem biografischen und sozialen Kontext wahrgenommen und nicht mehr auf ihre Störungen reduziert (vgl. Dörr, 2005: S.25). Diesem Anspruch kann sowohl die ressourcenorientierte biografische Gesprächsführung wie auch die salutogenetische Perspektive gerecht werden, da sie die nichtpathologische Seite psychisch kranker Menschen beleuchtet, nämlich die vorhandenen Stärken, die Möglichkeiten ihrer Alltags- und Lebensgestaltung sowie ihre Selbsthilfefähigkeiten. Aus der Orientierung an der Gesundheit ergeben sich neue, zusätzliche Sichtweisen und Handlungsmöglichkeiten in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen, zu welchen auch die ressourcenorientierte biografische Gesprächsführung gezählt werden kann. Antonovsky räumt ein, dass es Möglichkeiten gibt, das Kohärenzgefühl und somit auch die Gesundheit einer Person zu stärken. Geringe Veränderungen entstehen, in einer positiven Beziehung zwischen Beraterin und Klient, während verschiedener, vor allem krisenhaften Situationen, durch Unterstützung und Begleitung. Eine langfristige Veränderung kann durch ein beständiges therapeutisches Vorgehen erzielt werden, welches eine langanhaltende, konsistente Veränderung in den realen Lebenserfahrungen, die Menschen machen, erleichtert. Obwohl chronisch psychische Erkrankungen nicht im klassischen Sinn geheilt werden können, besteht die Möglichkeit für den Betroffenen, „gesünder“ zu werden (Grabert, 2007: S:43). Die Stärkung des Kohärenzgefühls von psychisch kranken Menschen,

von dessen geringer Ausprägung bei den Betroffenen ausgegangen wird, könnte zu einer höheren psychischen Gesundheit der Betroffenen beitragen, da, wie oben bereits geschildert, das Kohärenzgefühl stark mit psychischer Gesundheit korreliert.

Wie zuvor beschrieben, wird das Gefühl der Handhabbarkeit durch das Erleben von ausgewogener Belastung gefördert. Einen Teil dazu können die ressourcenorientierten biografischen Gespräche beitragen, in denen der Klient motiviert wird, Tätigkeiten auszuüben, die seinen Fähigkeiten angemessen sind. Durch das daraus resultierende Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten kann das Gefühl der Handhabbarkeit und somit zu einem Teil auch das Kohärenzgefühl gefördert werden. Zudem kann das Konzept dazu beitragen, zusätzlich die Komponente der Bedeutsamkeit zu stärken, da Erfahrungen, die eine wirksame Einflussnahme der Person erlauben, diese Komponente positiv verändern können. Bedeutung kann vor allem da geschaffen werden, wo eine Person in einer Sache aufgeht und sich dieser hingibt, wie dies unter anderem in Flow-Aktivitäten geschieht. Die Stärkung des Kohärenzgefühls, vor allem im Bereich der wichtigsten eigenen Tätigkeiten, mit Hilfe der ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung, könnte zu einer höheren psychischen Gesundheit der Betroffenen beitragen. Das Kohärenzgefühl stellt demnach einen salutogenen Wirkfaktor, insbesondere für Menschen mit weniger Ressourcen in den Bereichen wie Arbeit, Geld oder Soziales Umfeld dar. Es macht deutlich, welche vorhandenen individuellen Ressourcen aktiviert und mobilisiert werden können.

Die Interventionen der Sozialen Arbeit beinhalten die Chance eine langfristige, eventuell sogar dauerhafte Entropie im Leben des Einzelnen herbeizuführen, da sie auf Veränderungen, Erwerb von mehr Ich-Kompetenz und Autonomie abzielen (Köppel, 2007: S.61). Das gilt möglicherweise auch für die ressourcenorientierte biografische Gesprächsführung, da die entdeckten und geförderten Ressourcen, vor allem die Aktivitätsressourcen, eines Klienten dazu beitragen können, dass das Kohärenzgefühl gestärkt wird und sich der Klient somit auf dem Kontinuum weiter in Richtung Gesundheit bewegt.

5. Grenzen des Konzeptes „Ressourcenorientierte biografische Gesprächsführung“

Nach Betrachtung des Konzeptes der „ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung“ und deren positive Effekte auf den Alltag von Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung, müssen nun einige Grenzen aufgezeigt werden.

Die positiven Effekte des Konzeptes, wie unter anderem das Bewusstwerden eigener Ressourcen, positive Erlebnisse und Erfolge, die Steigerung des Selbstvertrauens und des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten, wurden auf den vergangenen Seiten ausführlich geschildert. Es gibt jedoch auch Einschränkungen, die den Erfolg einer ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung abmildern können.

Besonders in der Begleitung von Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung kann es immer wieder dazu kommen, dass Krankheitssymptome den Gesprächsprozess beeinflussen. Neben dem Ausbruch einer akuten Positivsymptomatik und dem damit verbundenen stationären Aufenthalt, können die Negativsymptome immer wieder positive Erfolge abschwächen. Die vom Klienten eventuell paranoide Verarbeitung von Personen, hier vor allem der Beraterin, kann zudem den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung verhindern, ohne die ein Gespräch nicht zustande kommen kann. Aber auch eine langjährige Krankheitschronifizierung kann dazu führen, dass der Klient zu keinem Zeitpunkt das Vertrauen in sich wieder finden kann. Viel zu stark sind die Ängste und die Sorgen, nichts zu können. Es gestaltet sich sehr schwierig, eine ressourcenorientierte biografische Gesprächsführung durchzuführen, wenn sich der Klient dagegen sperrt. Wenn also der Klient nicht freiwillig teilnehmen möchte und sich nicht auf die einzelnen Themen einlassen kann, dann kann davon ausgegangen werden, dass die Gespräche ohne Erfolg bleiben werden. Hier scheinen andere Formen der Begleitung und der Therapie im Vordergrund zu stehen, um den Klienten aus diesen existenziellen Krisen zu helfen.

Zudem bedarf das Vorhaben mit einem Klienten gemeinsam, mit Hilfe der ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung, nach Freude bringenden Aktivitäten zu suchen, einen gewissen zeitlichen Aufwand. Die Gespräche sollten daher über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden, in dem der Klient über seine Vergangenheit nachdenken und neue oder frühere Freude bringende Tätigkeiten entdecken kann. Doch oft fehlt es aufgrund des hohen Arbeitsdrucks der Beraterinnen, knapper

finanzieller Mittel und zu wenig Mitarbeiterinnen an der Zeit, sich mit einem Klienten viele Male zusammen zu setzen und diese Themen ausführlich zu bearbeiten. Zudem kann eine positive Beziehung nur entstehen, wenn sich beide, Klient und Beraterin sympathisch sind.

6. Schlussfolgerung

Die Diplomarbeit zum Thema „ressourcenorientierte biografische Gesprächsführung – Neue Möglichkeiten für die Soziale Arbeit in der Begleitung von Menschen mit schizophrener Störung“ sollte einen Einblick in ein neuartiges Konzept sozialpädagogischer Arbeit mit psychisch kranken Menschen geben.

Psychisch kranke Menschen haben viele Ressourcen und Fähigkeiten, die im Verlauf der Erkrankung, besonders in Verbindung mit einer zunehmenden Chronifizierung, durch mangelndes Selbstvertrauen, Ängste und Enttäuschungen, verloren gegangen sein können. Sie haben, wie gesunde Menschen auch, viele Interessen, die sie gerne umsetzen würden. Doch wie gezeigt wurde, gehen mit der Erkrankung viele Einschränkungen, Ausgrenzungen und das Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten verloren. Es bestehen auch heute noch viele Vorurteile gegen Menschen, die aufgrund verschiedener Faktoren an einer psychischen Krankheit leiden. Auch heute findet in unserer Gesellschaft kaum ein Dialog über diese Form der Erkrankung statt. Meistens wird diese ignoriert oder bleibt weitgehend unanerkannt. Durch dieses Ignorieren geraten psychisch kranke Menschen und vor allem die Menschen, die an einer Schizophrenie erkrankt sind, in die Rolle des Außenseiters, weitgehend ohne Perspektiven auf dem Arbeitsmarkt, hinzu kommt der Verlust von Freunden oder sogar der Familie. Diese soziale Isolation ist es, die dazu führen kann, dass Menschen sich aufgeben und ihre Fähigkeiten, Ressourcen und Interessen vergessen. Das Konzept der „ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung“ versucht genau diesem Vergessen der eigenen Fähigkeiten und der eigenen Reduzierung auf einen kranken und unfähigen Menschen entgegen zu wirken. Immer wieder sind die Klienten erstaunt, welche Talente und ungeahnte Fähigkeiten in ihnen stecken. Fähigkeiten, von denen sie geglaubt haben, diese nicht umsetzen zu können. Durch die ressourcenorientierten biografischen Gespräche kann dem Klienten aufgezeigt werden, welche Potenziale in ihm stecken und er kann unterstützt werden, diese auch, durch zum Beispiel eine gezielte Motivationsförderung, umzusetzen. Die Gespräche eröffnen dem Klienten die Möglichkeit, wieder an sich zu glauben und die Folgen der Erkrankung für einige Augenblicke zu vergessen. Es bringt ihnen, anders ausgedrückt, ein Stück Normalität in ihren Alltag zurück.

Die bisherigen Gespräche mit Herrn A. zeigen, dass das Konzept erste positive Effekte mit sich bringt. Herr A. lernte sich im Laufe der Gespräche neu kennen. Die po-

sitive Unterstützung und den Glauben an seine Fähigkeiten seitens der Beraterin motivierten Herrn A. erste neue Erfahrungen, auf den Gebieten zu machen, für die er sich interessierte. Erfolgserlebnisse, also Erlebnisse, in denen er sich bewusst wurde, wozu er im Stande sein kann, förderten sein Vertrauen in seine Fähigkeiten, wodurch er immer aktiver und aufgeschlossener neue Aktivitäten plante und anging. Zudem hatte er das Gefühl, dass er durch die Gespräche und die daraus resultierenden Ereignisse positiver denken und gestimmt sein würde.

Es war überraschend zu erkennen, wie sich eine solche Arbeit positiv auswirkte. Das Konzept bietet die Chance, dass ein Klient fröhlicher gestimmt ist, sich mehr zutraut und ein neues Selbstvertrauen entwickelt, welches ihn für die Zukunft stärken und gesünder werden lassen könnte.

Zudem scheint es für einen Klienten, der psychisch erkrankt ist, etwas Neues zu sein, sich einmal nicht mit seiner Krankheit auseinandersetzen zu müssen, sondern frei und unkommentiert, über die für ihn wichtigen Ereignisse und Erfahrungen zu sprechen. Zu Beginn der Gespräche scheint es für den Klienten schwierig zu sein, die Krankheit nicht zu berücksichtigen. Wie automatisiert können viele, die für die Krankheit wichtigsten Lebensereignisse schildern. Erstaunlich ist, dass sich die Schilderungen der Klienten zu einem großen Teil mit dem decken, was in ihren Arztbriefen verkürzt geschrieben steht.

Die Soziale Arbeit in der Psychiatrie ist zu einem elementaren Bestandteil in der Begleitung schizophrener erkrankter Menschen geworden. Gerade die Aufgabe der Förderung der Ressourcen und Fähigkeiten der Klienten gehört zu den grundlegenden Aufgaben der Sozialen Arbeit und kann daher, durch einführende, unterstützende, die Autonomie fördernde und interessierte Gespräche von Sozialpädagoginnen, den angestrebten Heilungsprozess, der nicht nur die Linderung der Symptome beinhaltet, fördern. Dieser Aufgabe kommt daher in der medizinisch verorteten Psychiatrie eine besondere Bedeutung zu.

Ich bin der Meinung, dass das Konzept der „ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung“ eine neue Möglichkeit bieten kann, einem Klienten den Weg aus der Psychiatrie in Richtung eines „normalen“ Alltags zu erleichtern, in dem er sich selbst nicht nur als krank sieht, sondern sich auf seine positiven Eigenschaften und Fähigkeiten stützt. Vielleicht müssen so einige Hilfen nicht mehr in Anspruch ge-

nommen werden, wenn man sich, gestärkt von seinen Erfolgserlebnissen, zutraut, eine eventuell schwierige Situation alleine zu bewältigen.

Leider ist es mir noch nicht gelungen, das Konzept dahingehend zu betrachten, die Effekte, die mit den ressourcenorientierten biografischen Gesprächen einhergehen, repräsentativ zu messen. Ich bin sehr daran interessiert, ob die Gespräche mit Herrn A. im Rahmen des Konzeptes so förderlich gewesen sind, dass er seine Vorhaben auch ohne die Begleitung und Unterstützung umsetzen wird und welche Auswirkungen dies im allgemeinen auf seinen Alltag in den nächsten Monaten haben wird.

7. Schriftliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und ausschließlich mit Hilfe der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen der Arbeit, die anderen Werken dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen wurden, habe ich in jedem Fall unter Angabe der Quelle als Entlehnung kenntlich gemacht.

.....
(Jennifer Tietgen)

.....
(Ort, Datum)

8. Literaturverzeichnis

- Ansen, Harald/ Gödecker-Geenen, Norbert/ Nau, Hans** (2004) : Soziale Arbeit im Krankenhaus. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag
- Antonovsky, Aaron** (1997) : Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dgvt-Verlag
- Bengel, Jürgen/ Strittmacher, Regine/ Willmann, Hildegard.** Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001) : Was erhält Menschen Gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Beutel, Manfred/ Koch, Uwe** (Hrsg.) (1988) : Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft
- Bosshard, Marianne** (2007) : Die Entdeckung von Bildungserfahrungen als Quelle neuer Hoffnungen. In: Klinische Sozialarbeit Nr. 3 (1)/ 2007. S. 7 – 10
- Bosshard, Marianne/ Ebert, Ursula/ Lazarus, Horst** (2007) : Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. 3. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH
- Brockert, Siegfried** (2001) : Positive Psychologie. Gesund und glücklich durch Emotionale Fitness. Stuttgart: Kreuz Verlag GmbH & Co. KG
- Clausen, Jens/ Dresler, Klaus-D./ Eichenbrenner, Ilse** (1997) : Soziale Arbeit im Arbeitsfeld der Psychiatrie. Eine Einführung. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag
- Csikszentmihalyi, Mihaly** (2008) : Das flow-Erlebnis. Jenseits von Angst und Langeweile: im Tun aufgehen. 10. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag
- Csikszentmihalyi, Mihaly** (2007) : Flow. Das Geheimnis des Glücks. 13. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag
- Dörner, Klaus/ Plog, Ursula/ Teller, Christine/ Wendt, Frank** (2007) : Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. 3. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag GmbH
- Dörr, Margret** (2005) : Soziale Arbeit in der Psychiatrie. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Flückiger, Christoph/ Wüsten, Günther** (2008) : Ressourcenaktivierung: ein Manual für die Praxis. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber

- Grabert, Andrea** (2007) : Salutogenese und Bewältigung psychischer Erkrankung.
Einsatz des Kohärenzgefühls in der Sozialen Arbeit. Lage: Jacobs-Verlag
- Gudjons, Herbert/ Pieper, Marianne/ Wagener, Birgit** (1994) : Auf meinen Spuren.
Das Entdecken der eigenen Lebensgeschichte. 3. Auflage. Hamburg:
Bergmann + Helbig Verlag
- Günther, Verena** (2003) : Gesundes Leben – ein Beitrag der Psychologie. In:
Pirlet-Gottwald, Monika/ Falkenbach, Albrecht (Hrsg.) : Die Erhaltung von
Leben und Gesundheit: was hält uns gesund? Was lässt uns wieder gesund
werden? Auf der Suche nach einer Gesundheitswissenschaft. Hamburg:
Verlag Dr. Kovac. S. 235-248
- Heckhausen, Heinz** (1989) : Motivation und Handeln. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg,
New York, London, Paris, Tokio, Hong Kong: Springer-Verlag
- Herriger, Norbert** (2006) : Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung.
3. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer
- Köppel, Monika** (2007) : Salutogenese und Soziale Arbeit. 3. Auflage. Lage: Verlag
Hans Jacobs
- Lazarus, Horst** (2000) : Grundriss einer Sozialpädagogischen Psychiatrie. In:
Ortmann, Karlheinz/ Waller, Heiko (Hrsg.) : Sozialmedizin in der Sozialarbeit.
Forschung für die Praxis. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Forschung,
S.157-166
- Lazarus, Horst/ Bosshard, Marianne** (2005) : Bildung als Chance.
Ressourcenorientierte Biografiearbeit mit chronisch psychisch kranken und
drogenabhängigen Menschen. 1. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag GmbH
- Lazarus, Richard S./ Folkman, Susan** (2000) : Stress, Appraisal and Coping. New
York: Springer Publishing Company
- Martens, Jens Uwe/ Kuhl, Julia** (2004) : Die Kunst der Selbstmotivierung. Neue
Erkenntnisse der Motivationsforschung praktisch nutzen. 1. Auflage. Stuttgart:
W. Kohlhammer GmbH
- McLeod, John** (2004) : Counselling – eine Einführung in Beratung. Tübingen: dgvt-
Verlag
- Miller, William R./ Rollnick Stephen** (2004) : Motivierende Gesprächsführung.
Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag
- Möller, Hans-Jürgen/ Laux, Gerd/ Deister, Arno** (2005) : Psychiatrie und
Psychotherapie. 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG

- Mummendy, Hans Dieter** (2006) : Psychologie des „Selbst“: Theorien, Methoden und Ergebnisse der Selbstkonzeptforschung. Göttingen, Bern, Wien, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
- Münchhausen von, Marco** (2004) : So zähmen Sie Ihren inneren Schweinehund! Vom ärgsten Feind zum besten Freund. München: Piper Verlag GmbH
- Rahn, Ewald/ Mahnkopf, Angela** (2005) : Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf. 3. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag
- Rey, Eibe-Rudolf/ Thurm, Irmgard** (1998) : Schizophrenie. In: Reinecker, Hans (Hrsg.) : Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen. 3. Auflage. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie, S. 563-585
- Rheinberg, Falko** (2008) : Motivation. 7. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH
- Rogers, Carl R./ Schmid, Peter F.** (2004) : Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. 4. Auflage. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag
- Ruhe, Hans Georg** (2009) : Methoden der Biografiearbeit. Lebensspuren entdecken Und verstehen. 4. Auflage. Weinheim, München: Juventa Verlag
- Schiefele, Ulrich/ Streblow, Lilian** (2005) : Intrinsische Motivation - Theorie und Befunde. In Vollmeyer, Regina/ Brunstein, Joachim (Hrsg.): Motivationspsychologie und ihre Anwendung. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 39-70
- Schwarzer, Christine/ Buchwald, Petra (2009)** : Beratung in der pädagogischen Psychologie. In: Warschburger, Petra (Hrsg.) : Beratungspsychologie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, S. 131-154
- Seligman, Martin E.P.** (2008) : Der Glücksfaktor. Warum Optimisten länger leben. 4. Auflage. Bergisch Gladbach: Verlagsgruppe Lübbe GmbH & Co. KG
- Tölle, Rainer/ Windgassen, Klaus** (2006) : Psychiatrie. 14. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Vollmeyer, Regina** (2005) : Einführung: Ein Ordnungsschema zur Integration verschiedener Motivationskomponenten. In Vollmeyer, Regina/ Brunstein, Joachim (Hrsg.): Motivationspsychologie und ihre Anwendung. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 9-18

Völzke, Reinhard (1997) : Biografisches Erzählen im beruflichen Alltag. In: Jakob, Gisela/ Wensierski v./ Hans-Jürgen (Hrsg.). Rekonstruktive Sozialpädagogik. Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 271-286

http://www.strukturnetz.de/download//Artikel/voelzke_biographisches_erzaehlen_jugendhilfe_1997k.pdf (stand 06/2009)

Warschburger, Petra (Hrsg.) (2009) : Beratungspsychologie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Weltgesundheitsorganisation/ Dilling, Horst/ Freyberger, H.J. (2006) : Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. 3. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG

Zimbardo, Philip G./ Gerrig, Richard J. (2004) : Psychologie. 16. Auflage. München: Pearson Studium Verlag

9. Anhang

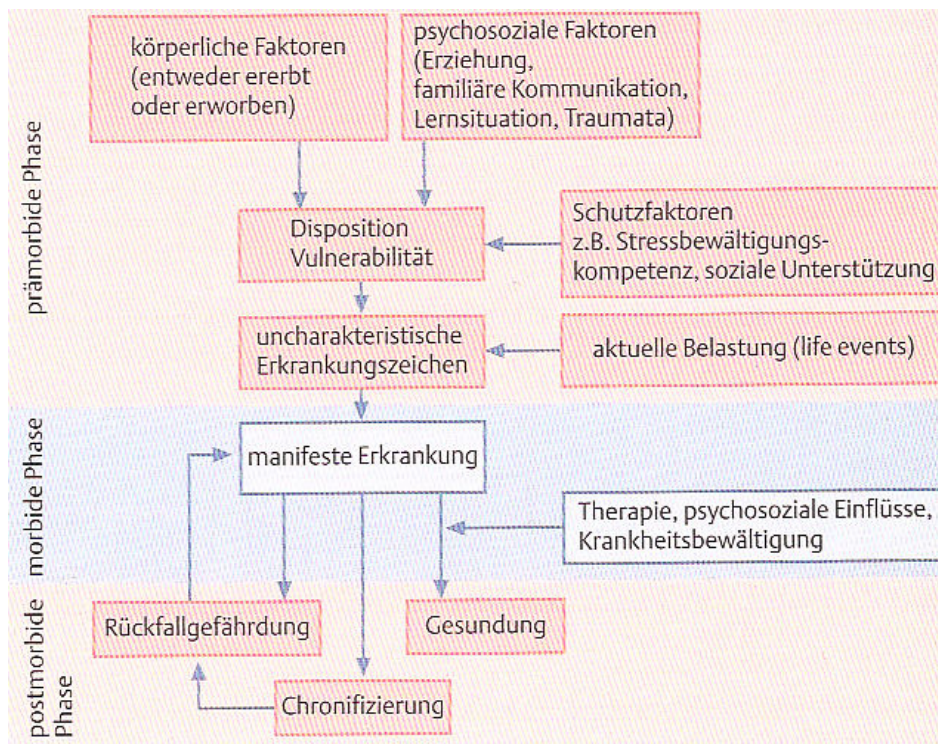
- 1) Änderung der Rangfolge der 15 Hauptursachen für verlorene Lebensjahre durch Behinderung oder Tod nach WHO (weltweit, 1990-2020)
- 2) Allgemeines Modell psychischer Erkrankungen
- 3) Verlaufskurve der schizophrenen Erkrankung mit Plus- und Minussymptomen
- 4) Das Modell des Flow-Zustands
- 5) Interviewleitfaden nach Lazarus und Bosshard
- 6) Analysesystem zur Erstellung einer Ressourcendiagnose am Beispiel des Herrn A.
- 7) Fragebogen zur Messung erster Effekte der ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung am Beispiel des Herrn A.

1) **Änderung der Rangfolge der 15 Hauptursachen für verlorene Lebensjahre durch Behinderung oder Tod nach WHO (weltweit, 1990-2020)**



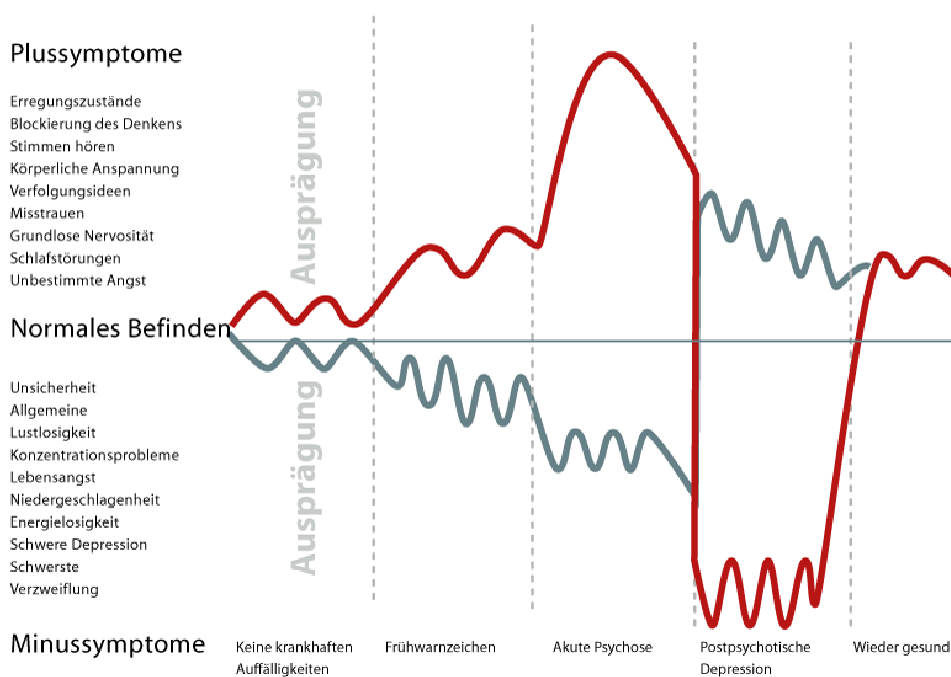
Möller/ Laux/ Deister, 2005: S.6

2) Allgemeines Modell psychischer Erkrankungen



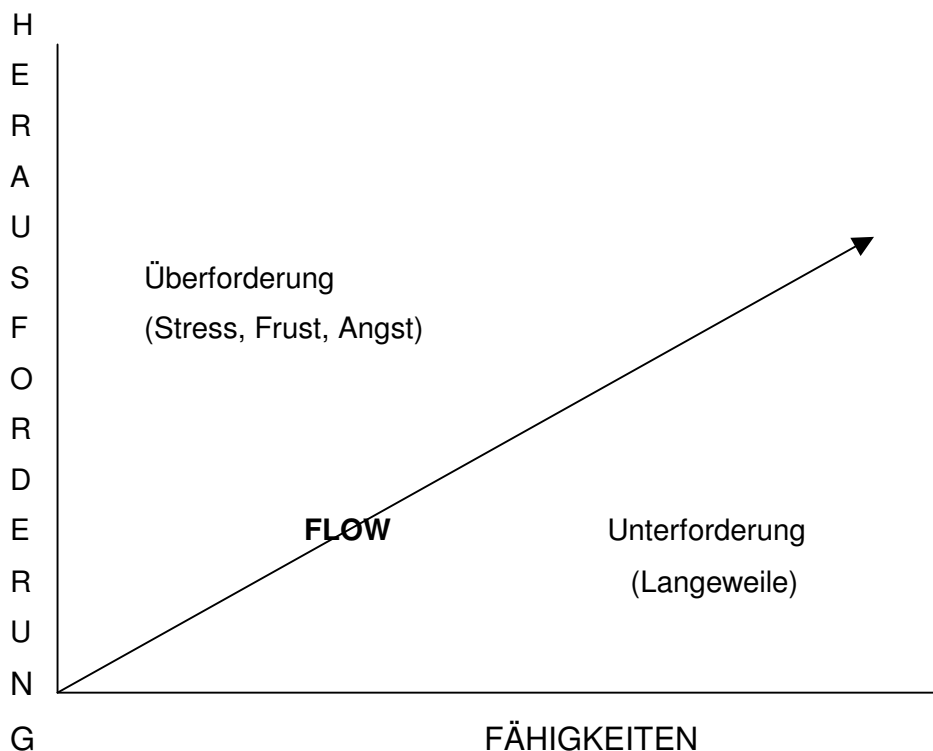
Möller/ Laux/ Deister, 2005: S.6

3) Verlaufskurve der schizophrenen Erkrankung mit Plus- und Minussymptomen



http://psychose.de/img/grafik_plusminussymptome_gr.gif (stand 04/2009)

4) Das Modell des Flow-Zustands



- § Herausforderung > Fähigkeiten = Überforderung = Frust, Stress, Angst
- § Herausforderung < Fähigkeiten = Unterforderung = Langeweile
- § Herausforderung = Fähigkeiten = Spaß, Spannung = Flow

5) Interviewleitfaden nach Lazarus und Bosshard

- Einstiegsthema: Was bedeutet für Sie das Wort Ressource? Können Sie eigene Ressourcen benennen?
- Gibt es Aktivitäten, die bei Ihnen Freude, Lust, Begeisterung oder sogar Glücksgefühle hervorgerufen haben?
- Bei welchen Aktivitäten haben Sie einen Drang verspürt, sich weiter mit einer Sache oder einem Thema zu befassen oder sich selbst weiter zu vervollkommen?
- Gibt es Wissensbereiche, die bei Ihnen ein starkes Bedürfnis geweckt haben (oder vielleicht noch wecken) mehr darüber zu lernen, um eventuell mit einer Sache oder Angelegenheit besser zu Recht zu kommen?

- Haben Sie von der Familie, von Freunden oder von anderen Personen bei einem kreativen und innovativen Einsatz für eine bestimmte Sache schon mal eine wirksame Unterstützung erfahren?
- Haben Erfahrungen von Empörung über Ungerechtigkeit, über Benachteiligungen oder Diskriminierung Sie schon mal dazu gebracht, sich alleine oder mit anderen zusammen dagegen zu wehren?
- Gab es Phasen intensiver Auseinandersetzung mit der eigenen Person und der eigenen Vergangenheit oder auch mit landes-, welt-, oder zeitgeschichtlichen Themen?
- In welchen Zeiten und Situationen haben Sie deutlich Dankbarkeits-, Verpflichtungs- oder Verantwortungsgefühle für andere gespürt?
- Welche Geschichten und Erzählungen haben nachhaltig Ihre Fantasie und Einbildungskraft angeregt?
- Erinnern Sie sich an Gespräche, die bei Ihnen zu bestimmten Einsichten oder Wahrheiten geführt oder bereits vorhandene Geschichten oder Zweifel bestätigt haben?
- Erinnern Sie sich an Spiele, Theaterstücke oder Filme, die bei Ihnen einen starken Eindruck hinterlassen haben, die Ihnen wichtige Zusammenhänge erschlossen haben oder Sie ermutigt haben, Hemmungen und Beschränkungen der eigenen Person ein Stück weit aufzugeben und sich unbeschwerter und freier zu fühlen?
- Gab es in Ihrem Leben Begegnungen mit der Natur, die Ehrfurcht, Staunen, Bewunderung, Neugier und Erkundungsdrang ausgelöst haben?
- Haben Sie sich schon mal aus persönlichen Interesse und Engagement an sozialen, ökologischen, kirchlichen oder politischen Aktionen beteiligt?

(vgl. Lazarus/ Bosshard, 2005: S.81)

6) **Analysesystem zur Erstellung einer Ressourcendiagnose am Beispiel des Herrn A.**

Ressourcendiagnose:

Welchen Bereichen hat sich der Klient früher schon einmal mit großem Interesse zugewandt? (Reihenfolge nach Wertung und Gewichtung des Klienten)

1. Tennis
2. Musik (aber nicht selber spielen)
3. Computer/ Elektronik
4. Angeln/ Aquarium
- 5.

Welchen Bereichen wendet sich der Klient heute mit großem Interesse zu? (Reihenfolge nach Wertung und Gewichtung des Klienten)

1. Fernsehen (Tierdokumentationen)
2. Kino/ Theater/ Konzerte
3. Tiere (vor allem Schlangen)
4. Badminton
5. Fußball

Bei welchen der oben genannten Bereiche, hat/ hatte der Klient das Gefühl, dass die eigenen Fähigkeiten ausreichen, um eine gegebene Herausforderung in einem mehr oder weniger zielgerichteten Handeln zu bewältigen und wo er sich evt. so konzentriert erlebte, dass kaum mehr Aufmerksamkeit für andere, unwichtigere Dinge übrig blieb, er sich also auch der Beschäftigung mit den eigenen Problemen entziehen konnte? (Frühere und heutige)

1. Beim Fernsehen kann er seine psychotischen Symptome vergessen
2. Lesen beim Hören von Entspannungsmusik
3. Auch bei Kino-, Konzert- und Theaterbesuchen, alleine oder mit anderen, erlebt er Freude und kann darüber hinaus seine Probleme vergessen

Was unternimmt der Klient/ was hat er unternommen, um die Herausforderung zu bewältigen?

Die neuesten Herausforderungen von Herrn A. sind das Lesen und das Badminton spielen. Der Schritt, etwas zu Lesen, trotz seiner Konzentrationsschwierigkeiten, war eine große Herausforderung, die er bewältigte. Durch dieses Erfolgserlebnis gestärkt traute er sich mehr zu, unter anderem auch den erneuten Versuch Badminton zu spielen.

Nach welchen Zielen richtet/ richtete sich sein Handeln?

Freude, die er alleine oder mit anderen erlebt.

Wie bemerkt/ bemerkte der Klient den Erfolg seines Handelns?

Momentan muss Herr A. noch von außen bestätigt und bekräftigt werden, um seine Erfolgserlebnisse wahrzunehmen. Teilweise nimmt er jedoch wahr, dass er was geschafft hat, was er vorher sich nicht zutraute, was ihm ein gutes Gefühl verleiht.

Haben der Erfolg oder die neuen Interessenbereiche neue Erkenntnisse für den Klienten mit sich gebracht?

Er traut sich mehr zu und verlässt regelmäßig seine Wohnung

Können/ konnten ungünstige und schlechte Bedingungen, im Leben des Klienten, in bewältigbare und erfreuliche Herausforderungen umgewandelt werden?

Außer die Erfolge der Gespräche sind keine weiteren bekannt.

Sonstiges/ Anmerkungen

Der „Kumpel“ von Herrn A. spielt momentan in seinem Leben eine größere Rolle, bei der Verrichtung von Aktivitäten außerhalb der Wohnung. Es sollte darauf geachtet werden, in wieweit der „Kumpel“ für Herrn A. schädlich sein könnte, bezogen auf den Konsum von Alkohol.

Welche Rolle spielt seine Schwester?

7) Fragebogen zur Messung erster Effekte der ressourcenorientierten biografischen Gesprächsführung am Beispiel des Herrn A.

Fragebogen I zur Erfassung der Situation zu Beginn der Gespräche

1. Was erwarten Sie von der Teilnahme an den Einzelgesprächen zum Thema „selbstbestimmte Aktivitätssteigerung“?

Ich lassen mich überraschen

2. Wie fühlen Sie sich gerade?

Mittelmäßig

3. Auf einer Skala von 1(gar nicht) bis 10 (sehr), wie motiviert sind Sie, sich alleine Beschäftigungen außerhalb der Psychiatrie zu suchen?

6

4. Werden Sie von Ihrem Umfeld (Freunden/Familie) bei neuen Ideen oder Aktivitäten unterstützt, wenn ja, wie empfinden Sie diese Unterstützung und wie sieht diese aus?

Nicht ausgefüllt, im Gespräch stellt sich die Schwester als Unterstützung heraus

5. Was bedeutet für Sie das Wort Aktivität?

Das Gegenteil von phlegmatisch

6. Zählen Ihrer Meinung nach auch alltägliche Dinge, wie abwaschen, Kaugummi kauen, Blumen gießen usw., zum Begriff Aktivität? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?

Nein, da es nur Routine ist

7. Wie sehen, nach Ihrer Definition, Ihre momentanen Aktivitäten aus?

Zur Zeit bin ich eher weniger aktiv

8. Haben Sie Ideen, welche Aktivitäten Sie in der nächsten Zeit aufnehmen möchten?

Sport, Konzerte, Kino

9. Welche Aktivitäten konnten Sie in Ihrem bisherigen Leben begeistern?

Als Kind, Jugendlicher: Angeln, Aquarium, Tennis

Später: Fußball, Computer

10. Was bereitet Ihnen im Allgemeinen Freude?

Mal Aktivität, mal Entspannung

11. Denken Sie, dass Sie Hilfe brauchen neue Ideen für Aktivitäten zu finden bzw. diese umzusetzen? Wie könnten diese aussehen?

Weiß ich nicht

12. Welche Gründe/Begebenheiten hindern Sie daran, neue Fähigkeiten und Aktivitäten positiv umzusetzen?

Alleine kann ich mich schwer motivieren

13. Wie sieht Ihr Tagesablauf aus? (Bitte schildern Sie diesen so genau, wie möglich)

2 mal wöchentlich abends in die Kneipe

Meistens den ganzen tag und die ganze Nacht TV gucken („Couchpotatoe“)

14. Wie würden Sie Ihren Tagesablauf beschreiben? (Eher langweilig oder eher aufregend und warum?)

Eher langweilig

15. Was empfinden Sie bei Ihren täglichen Aktivitäten? Wie sind Ihre Gefühle, wenn Sie etwas tun?

Wenige Empfindungen bei Routinetätigkeiten

16. Bitte beobachten Sie sich einen Tag lang selbst. Was tun Sie, was fühlen Sie dabei? Müsste sich etwas ändern, damit Sie sich besser/ bzw. aktiver fühlen?

Nach dem Aufstehen Kaffee oder Tee trinken (kein Frühstück), dann TV gucken (oft bis ca. 5.00 Uhr morgens)

Ich möchte schon seit mehreren Jahren einen neuen PC haben, habe es aber immer noch nicht in die Tat umgesetzt

Wenn ich mich, wie früher, mit dem Computer beschäftigen würde, würde ich mich aktiver fühlen, da TV gucken doch sehr passiv ist

Fragebogen II zur Erfassung der Situation zum Ende der Gespräche

1. Was haben Sie von der Teilnahme an den Einzelgesprächen erwartet? Wurden Ihre Erwartungen erfüllt?

Motivationstechniken

Ja

2. Wie fühlen Sie sich gerade?

OK

3. Auf einer Skala von 1 (gar nicht) bis 10 (sehr), wie motiviert sind Sie, sich alleine Beschäftigungen außerhalb der Psychiatrie zu suchen?

7

4. Was bedeutet für Sie das Wort Aktivität?

Vorhaben praktisch umsetzen

5. Wie sehen, nach Ihrer Definition, Ihre momentanen Aktivitäten aus?

Kinobesuche, Konzertbesuche, einmal Tischtennis gespielt, aber eher gebremst, da Sorgen wegen körperlicher Gesundheit

6. Welche „neuen“ Aktivitäten haben Sie in der letzten Zeit aufgenommen?

Konzertbesuche, Theaterbesuch

7. Was bereitet Ihnen im Allgemeinen Freude?

Konzerte, Kino, Relaxen, Kneipenbesuche, Badminton, Essen gehen

8. Denken Sie, dass Sie weiterhin Hilfe brauchen neue Ideen für Aktivitäten zu finden bzw. diese umzusetzen? Wie könnten diese aussehen?

Vielleicht

9. Welche Gründe/Begebenheiten hindern Sie daran, neue Fähigkeiten und Aktivitäten positiv umzusetzen?

Schwerfälligkeit

10. Wie sieht Ihr momentaner Tagesablauf aus? (Bitte schildern Sie diesen so genau, wie möglich)

Bis 3.00 Uhr/ 5.00 Uhr TV gucken. Bis 12.00 Uhr/ 14.00 Uhr schlafen.

Kaffee trinken

Nachmittagstermine wahrnehmen (Ärzte, Therapeuten)

Einkäufe tätigen, nach Hause kommen, warmes Essen machen

Abends ab und zu in die Kneipe gehen, Konzerte, Kino

11. Wie würden Sie Ihren Tagesablauf beschreiben? (Eher langweilig oder eher aufregend und warum?)

Zwar eher langweilig, aber oft möchte ich auch einfach nur auf dem Sofa relaxen

12. Was empfinden Sie bei Ihren täglichen Aktivitäten? Wie sind Ihre Gefühle, wenn Sie etwas tun?

Einkäufe tätigen ist Routine und langweilig

Zu viele Besuche bei Therapeuten/ Ärzten sind mir lästig

13. Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihr Tagesablauf in der letzten Zeit verändert hat? Konnten Sie „neue“ Tätigkeiten finden und umsetzen?

Wenn ja, welche? Und warum? Wenn nein, warum nicht?

Hat sich etwas geändert

Highlights: Zwei Konzertbesuche

14. Ist Ihnen oder anderen Personen, in Ihrem Umfeld, eine Veränderung an Ihnen aufgefallen? Wenn ja, welche? Und woran könnte dies gelegen haben?

Wenn man mich darauf anspricht ja, ansonsten eher nicht