

Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Soziale Arbeit
Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit
Olten

**Biografiearbeit – ein gesundheitsförderndes und
recoveryorientiertes Bildungs- und Entwicklungsan-
gebot in der Sozialen Arbeit mit erwachsenen Men-
schen mit einer psychischen
Beeinträchtigung**

**Eine theoretische Analyse über die Bedeutung von Biogra-
fiearbeit in der Sozialen Arbeit mit betroffenen
Personen**

Bachelor Thesis von
Brigitte Anderegg
Matrikelnummer 14-474-456

Eingereicht bei
Professorin lic. phil. Johanna Kohn
Olten, Juni 2019

Abstract

Psychische Krankheiten sind in der Bevölkerung verbreitet. Erwachsene Menschen mit einer psychischen Erkrankung stellen eine vulnerable Personengruppe mit einem erhöhten gesundheitlichen Risiko dar. Sie leiden oft unter erschwerten und prekären Lebensbedingungen. Betroffene erfordern aufgrund dieser Umstände ein hohes Mass an Unterstützung. Sie sind nicht nur in der psychiatrischen Versorgungslandschaft anzutreffen, sondern auch in anderen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit. Diese Arbeit befasst sich auf dieser Basis mit der Frage, welche Bedeutung Biografiearbeit in der Sozialen Arbeit mit erwachsenen Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung hat. Psychosoziale Beratung und Biografiearbeit sind Handlungsmethoden, um Problemlagen zu bearbeiten, die Auswirkungen von Erkrankungen zu lindern sowie die Identität, die Selbstbestimmung und die Handlungsfähigkeit von Betroffenen zu stärken. In dieser theoretischen Analyse werden Begriffe und deren Grundlagen beschrieben und es wird gezeigt, dass Biografiearbeit ein gesundheitsförderndes und recoveryorientiertes Potenzial besitzt und als Bildungs- und Entwicklungsangebot eine hilfreiche und unterstützende Intervention darstellt.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
1.1 Thema, Ausgangslage	1
1.2 Relevanz für die Soziale Arbeit	2
1.3 Fragestellung und Erkenntnisinteresse	6
1.4 Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit	7
1.5 Zwischenfazit	7
2 Biografie und Biografiearbeit	9
2.1 Begriffsdefinitionen	9
2.2 Biografiearbeit in der Sozialen Arbeit	12
2.3 Grundlagen und Formen von Biografiearbeit	13
2.4 Biografische Kompetenz und ethische Haltung	20
2.5 Funktion und Wirkung von Biografiearbeit	21
2.6 Abgrenzung Biografiearbeit und Therapie	22
2.7 Zwischenfazit	22
3 Psychische Beeinträchtigung	24
3.1 Begriffsdefinitionen	24
3.2 Entstehung und Behandlung von psychischen Beeinträchtigungen	26
3.3 Psychische Beeinträchtigung und Soziale Arbeit	33
3.4 Biografiearbeit mit Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung	34
3.5 Ethik in psychiatrischen Kontexten	35
3.6 Zwischenfazit	36
4 Gesundheitsförderung und Recovery in der Sozialen Arbeit	37
4.1 Begriffsdefinitionen	37
4.2 Grundlagen und Verbindungslinien	39
4.3 Identität und personale Ressourcen	40
4.4 Zwischenfazit	44
5 Schlussfolgerung	45
5.1 Beantwortung der Fragestellung	46
5.2 Ausblick und weiterführende Fragen	47
5.3 Kritische Reflexion	48

6 Quellenangaben	49
6.1 Literaturverzeichnis	49
6.2 Abbildungsverzeichnis	58
Ehrenwörtliche Erklärung	59

1 Einleitung

In diesem Kapitel wird ein Bezug zwischen den Themen Biografiearbeit, psychische Beeinträchtigung, Gesundheitsförderung, Recovery und Soziale Arbeit hergestellt. Die Ausgangslage, die aktuellen Diskussionen und die Relevanz der Themen für die Soziale Arbeit werden dargestellt. Anschliessend werden die Fragestellung und das Erkenntnisinteresse hergeleitet und begründet. Ferner werden die Auswahl der Fachliteratur sowie der Aufbau der Arbeit beschrieben.

1.1 Thema, Ausgangslage

Diese theoretische Arbeit befasst sich mit der Bedeutung von Biografiearbeit als Handlungsmethode in der Sozialen Arbeit. Verschiedene Autorinnen und Autoren beschreiben Biografiearbeit als zentrale Kategorie in der Sozialen Arbeit. Das Herstellen von biografischen Bildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten gilt als relevante Aufgabe von Professionellen in der Sozialen Arbeit. Das Thema wird eingegrenzt auf erwachsene Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung, weil festgestellt werden kann, dass psychische Beeinträchtigungen in der Bevölkerung verbreitet sind. Betroffene Personen sind aufgrund ihrer prekären Lebenslage und den schwierigen Bedingungen und Herausforderungen in einem besonderen Mass auf die Hilfe und die Unterstützung von Professionellen angewiesen. Die Verfasserin dieser Arbeit hat aufgrund ihrer langjährigen Berufstätigkeit mit Betroffenen einen starken persönlichen Bezug zu dieser Gruppe und ein grosses fachliches Interesse an den diskutierten Fragen. Die Eingrenzung auf diese Zielgruppe erfolgte ebenfalls, um sich von den bereits verfassten Arbeiten über Biografiearbeit mit anderen Personengruppen wie zum Beispiel Jugendliche und ältere Menschen abzugrenzen und Schwerpunkte zu setzen, die für die berufliche Praxis relevant sind. Gesundheitsförderung und Recovery werden in dieser Arbeit als handlungsleitende und ressourcenorientierte Konzepte herangezogen, um auf der individuellen Ebene das Bildungs- und Entwicklungspotenzial von Biografiearbeit aufzuzeigen.

1.2 Relevanz für die Soziale Arbeit

Biografiearbeit in der Sozialen Arbeit

Differenzierungsprozesse, Individualisierung, Enttraditionalisierung und die Pluralisierung von Lebensformen sind die Folgen des sozialen Wandels moderner Gesellschaften. Deshalb sind Individuen heute mehr denn je gefordert, die eigene Biografie aktiv zu gestalten, um die Herausforderungen moderner Lebenswirklichkeit zu bewältigen. Sie stehen vor der Aufgabe, Erfahrungen und Ereignisse in eine stabile und zusammenhängende Form zu bringen und somit eine biografische Identität zu schaffen (vgl. Alheit/Hanses 2004: 10). Hanses stellt fest, dass die Biografie zur zentralen Strategie wird, um sich in einer Gesellschaft einzuordnen. Biografisch erworbenes Wissen werde zu einer wichtigen Ressource, „um in der Komplexität moderner sozialer Welten eine innere Kohärenz zu gewährleisten“ (Hanses 2004: 1). Eine professionelle Praxis der Sozialen Arbeit müsse Strukturen und Formen von Biografiearbeit schaffen, welche an das Wissen, die Erfahrungen und Sinndeutungen der Nutzenden anschliessen und somit die Entwicklung von Lösungen in Kooperation mit den Nutzenden ermöglichen (vgl. ebd.: 2f.). Hochuli Freund und Stotz (2013: 35) beschreiben den Auftrag und das Ziel Sozialer Arbeit als Vermittlung „zwischen Individuum und Gesellschaft aus der Perspektive des Subjekts.“ Biografien und Lebensläufe und die Gestaltung von Lebenslagen gehören laut ihnen zu den zentralen Aspekten und Aufgaben der Sozialen Arbeit (vgl. ebd.: 36). Hauptert, Schilling und Maurer stellen in Bezug auf Biografiearbeit und Biografieforschung und die aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen die Frage, „wie Biografien, Lebenskrisen und Erfahrungen des Scheiterns methodisch ‚entschlüsselt‘ [Hervorhebung im Original] werden können, um Klientinnen und Klienten geeignete Hilfen anbieten zu können“ (Hauptert/Schilling/Maurer 2010: 7). Verschiedene Autorinnen und Autoren beschreiben das Herstellen von Sinndeutungen sowie die Entwicklung, die Sicherung und die Stärkung der Identität als wesentliche Effekte von Biografiearbeit. Dörr (vgl. 2010: 36) beschreibt biografisches Wissen als zentrale Ressource. Diese diene der „(Wieder-)Herstellung und Balancierung von Identität“ (vgl. ebd.: 50). Hölzle (vgl. 2011a: 35–51) nennt die Identitätsentwicklung, die Integration von Erfahrungen, die Unterstützung bei der Bewältigung von belastenden Lebensereignissen, die Aktivierung von Ressourcen und das Herstellen von Kontinuität und Kohärenz als Grundlagen für Gesundheit und Wohlbefinden als wichtigste Funktionen und Zielsetzungen von Biografiearbeit. Böhnisch (vgl. 2018: 36f.) weist in seinem Konzept der Lebensbewältigung darauf hin, dass in der Biografie die Bewältigung des Lebenslaufs sichtbar wird und in Anlehnung an

Jakob (2011), dass sich durch eine biografische Rekonstruktion von Lebensgeschichten Hinweise auf Ressourcen und Potenziale ergeben, welche für die (Wieder-)Gewinnung von Handlungsorientierung wichtig sind.

Psychische Beeinträchtigung und Soziale Arbeit

Im Verlauf dieser Arbeit werden die Begriffe psychische Beeinträchtigung, psychische Krankheit und psychische Störung synonym verwendet.

Gemäss dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) gehören psychische Krankheiten zu den häufigsten nichtübertragbaren Krankheiten und verursachen hohe volkswirtschaftliche Kosten (vgl. Bundesamt für Gesundheit BAG 2015: 5). Sie beeinträchtigen den Alltag und die Lebensqualität des Individuums und der Belastungs- und Leidensdruck kann sowohl für die Betroffenen selbst als auch für deren Angehörige und das weitere Umfeld sehr gross sein. Ebenso kann die Stigmatisierung der Betroffenen zu einer Chronifizierung der Erkrankung führen (vgl. ebd.: 18). Studien gehen davon aus, dass mehr als ein Viertel der Bevölkerung der Schweiz im Verlauf eines Jahres an einer psychischen Krankheit leidet (vgl. ebd.: 15). Regard (vgl. 2014: 58) stellt fest, dass in der Schweiz jede zweite Person einmal im Leben an einer psychischen Störung leidet.

In der Fachliteratur gibt es keine einheitliche und allgemein gültige Definition für diese Phänomene. Je nach Fachgebiet und Perspektive werden die Begriffe unterschiedlich eingesetzt. Der gemeinsame Nenner dieser Disziplinen sind gradlinige Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge. Psychische Störungen beinhalten gemäss Gerrig und Zimbardo „Beeinträchtigungen in Emotionen, Verhalten oder Denkprozessen, die zu persönlichem Leidensdruck führen oder die Fähigkeit einer Person blockieren, wichtige Ziele zu erreichen“ (Gerrig/Zimbardo 2008: 548). Biologische Ansätze und medizinische Modelle gehen davon aus, dass psychische Störungen direkt auf die ihnen zugrundeliegenden biologischen Faktoren wie biochemische Prozesse, Strukturen des Gehirns sowie genetische Faktoren zurückgeführt werden können. Psychologische Ansätze wie zum Beispiel das psychodynamische Modell von Sigmund Freud, behaviorale und kognitive Modelle sehen die Wurzeln psychischer Störungen in persönlichen Erfahrungen, Traumata, Konflikten und Umweltfaktoren (vgl. Gerrig/Zimbardo 2008: 556). Im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen DSM-5 wurde eine Definition von psychischen Störungen für klinische Forschungszwecke und das öffentliche Gesundheitswesen entwickelt. Demzufolge wird eine psychische Störung als Syndrom definiert, „welches durch klinisch bedeutsame Störungen in den Kognitionen, der Emotionsregulation oder des Verhaltens einer Person charakterisiert ist. Diese Störungen sind

Ausdruck von dysfunktionalen psychologischen, biologischen oder entwicklungsbezogenen Prozessen, die psychischen und seelischen Funktionen zugrunde liegen“ (Falkai/Wittchen 2015: 26). Demnach können ausser biologischen auch biografisch erworbene und lebensgeschichtlich geprägte Prozesse benannt werden, welche zu einer psychischen Beeinträchtigung führen können. Aufgrund der vorangegangenen Ausführung kann festgestellt werden, dass die Lebenslage von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung besonders prekär ist und dass Personen mit einer psychischen Beeinträchtigung zu einer besonders vulnerablen Zielgruppe der Sozialen Arbeit gehören. Mattig (vgl. 2011: 126) hält in Bezug auf Wälte et al. fest, dass Menschen mit einer psychischen Störung in vielen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit eher die Regel als die Ausnahme sind. Fachpersonen der Sozialen Arbeit sollten deshalb nebst dem Wissen über das biografische Arbeiten auch Kenntnisse in Bezug auf psychische Störungen und deren Auswirkungen auf das Erleben und Verhalten der Betroffenen haben sowie über spezifische Kompetenzen im Umgang mit Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung verfügen (vgl. Mattig 2016: 12). Jansen (2011: 24) hält in diesem Zusammenhang fest, dass Biografiearbeit in der Sozialen Arbeit herangezogen wird „zur systematischen biografischen Unterstützung von Menschen, die aufgrund einer ressourcenarmen Lebenslage, einer Krise, eines gesellschaftlichen Ausschlusses, einer besonders prekären Lebenssituation Unterstützung (...) benötigen (...)“.

Gesundheitsförderung, Recovery und Soziale Arbeit

Gemäss dem Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen stehen Menschen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung und Menschen, die von einer Krankheit bedroht sind und deren Angehörige im Fokus von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen. Die Förderung von sozialer Teilhabe und gelingender Lebensführung sowie die Verhinderung und Bewältigung sozialer Probleme von Betroffenen sind Gegenstand der professionellen Praxis (vgl. sages 2018: o.S.). Gesundheitsförderung ist demnach ein relevanter Aspekt in der Sozialen Arbeit mit Menschen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung.

In der Ottawa-Charta von 1986 wurden die Ziele der Gesundheitsförderung definiert. Demnach zielt das gesundheitsfördernde Handeln darauf ab:

(...) allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. (...) [Dazu] ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie

ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. (Weltgesundheitsorganisation, Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986: o.S.)

Um diese Ziele zu erreichen, soll Gesundheitsförderung unter anderem die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten unterstützen sowie gesundheitsbezogene Bildung, soziale Kompetenzen und lebenspraktische Fertigkeiten fördern, damit Menschen mehr Einfluss auf die eigene Gesundheit und die Gestaltung ihrer Lebenswelt und ihres Lebensalltags erhalten (vgl. ebd.: o.S.).

Recovery kann mit Genesung übersetzt werden. Der Begriff umfasst einen Subjekt- oder Personenzentrierten, ganzheitlichen Ansatz im Umgang mit Krankheiten und Lebenskrisen. Die recoveryorientierte psychiatrische Behandlung umfasst die vier Schlüsselwerte: Personenzentrierung, Selbstbestimmung und Wahlfreiheit, der Einbezug der Betroffenen sowie die Anerkennung eines Wachstumspotenzials. Recovery versteht sich als individueller, persönlicher, tiefgreifender und lebenslanger Prozess, in dem Patienten und Patientinnen ihre Autonomie und Selbstbefähigung wiedererlangen, um in Krisen selbstbestimmt durch das Leben zu gehen. Menschen erfahren ihr Leben als sinnvoll und lebenswert, wenn es ihnen gelingt, die eigene Biografie, den eigenen Weg zu akzeptieren. Dazu gehört der oft schmerzliche Prozess, die Krankheit und die Behandlung in die eigene Lebensgeschichte zu integrieren. Die Erkrankung kann auch zu einem Gewinn im Umgang mit sich selbst und den eigenen Erfahrungen führen. Betroffene können so Widerstandskräfte (Resilienz) und Anpassungsfähigkeiten entwickeln und sie können lernen, sich vor demoralisierender Resignation und Selbststigmatisierung zu bewahren (vgl. Kammer-Spohn 2013: o.S.). Die vier Hauptaufgaben in einem persönlichen Recovery-Prozess können gemäss Slade (vgl. 2009: 5) wie folgt definiert werden:

Aufgabe 1: Entwicklung einer positiven Identität

Aufgabe 2: Einordnung der psychischen Erkrankung

Aufgabe 3: Selbstmanagement der psychischen Erkrankung

Aufgabe 4: Entwicklung positiver sozialer Rollen.

Amering und Schmolke (2007: 25) nehmen Bezug auf die Definition von Anthony (1993), welche am häufigsten benutzt wird, um Recovery zu beschreiben. Demnach ist Recovery:

(...) ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess der eigenen Überzeugungen, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen. So eröffnen sich Möglichkeiten, um ein befriedigendes hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen, und zwar auch mit den von der Erkrankung verursachten Einschränkungen. Während

man über die katastrophalen Auswirkungen der psychischen Erkrankung hinauswächst, gewinnt das Leben eine neue Bedeutung, kann man einen neuen Sinn entwickeln.

Amering und Schmolke stellen in ihrer Konzeption von Recovery Verbindungslinien und Überschneidungen von Teilbereichen der Gesundheitsförderung und von Recovery dar. Individuelle Heilungs- und Gesundungsprozesse, Hoffnung, Optimismus, Resilienz, Selbsthilfe, Bewältigungsmechanismen, unterstützende Beziehungen und Netzwerke sind einige Inhalte beider Modelle. Gesundheitsförderung kann nach ihrer Ansicht als Metabegriff für diese Prozesse verstanden werden und Recovery als Aufgabe in Bezug auf die „Stabilisierung und Verbesserung von Krankheitsverläufen“ (vgl. Amering/Schmolke 2012: 82). Verschiedene Autorinnen und Autoren beschreiben ausserdem eine positive professionelle Haltung als Kernelement von Recovery (vgl. Kammer-Spohn 2013: o.S., Knuf/Bridler 2008: 26).

1.3 Fragestellung und Erkenntnisinteresse

Das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit ist vor diesem Hintergrund die Frage nach der Bedeutung von Biografiearbeit in der Unterstützung von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung. Diese Arbeit soll den gesundheitsfördernden und recoveryorientierten Beitrag von Biografiearbeit aufzeigen mit dem Fokus auf der Stärkung und Entwicklung der Identität und den individuellen Ressourcen von Personen mit einer psychischen Beeinträchtigung. Des Weiteren sollen die Rahmenbedingungen sowie die Herausforderungen benannt werden, welche für die Biografiearbeit relevant sind. Ebenso sollen die Kompetenzen herausgearbeitet werden, über welche eine Fachperson der Sozialen Arbeit verfügen sollte, um mit Personen dieser Zielgruppe biografisch zu arbeiten.

Diese Arbeit stellt bezugnehmend auf die dargestellten Aussagen und Erkenntnisse deshalb die Fragen:

- *Welchen Beitrag kann Biografiearbeit in der Sozialen Arbeit mit erwachsenen Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung leisten?*
- *Welche Voraussetzungen und welche institutionellen Rahmenbedingungen sind nötig, um mit Personen dieser Zielgruppe biografisch zu arbeiten?*
- *Welchen besonderen fachlichen Herausforderungen begegnen Professionelle in der Biografiearbeit mit psychisch beeinträchtigten Personen?*

- *Über welche methodischen Kompetenzen müssen Fachpersonen verfügen, um mit Personen mit einer psychischen Beeinträchtigung biografisch zu arbeiten?*

1.4 Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit

Diese theoretische Arbeit basiert auf der relevanten Fachliteratur und den aktuellen Diskursen und Erkenntnissen aus den Bereichen Soziale Arbeit, Psychologie, Psychiatrie, Soziologie, Biografie und Biografie-forschung. Im Hauptteil dieser Arbeit (Kapitel 2) werden die Begriffe Biografie und Biografiearbeit diskutiert und die Relevanz von Biografiearbeit für die Soziale Arbeit erläutert. Grundlagen und Methoden der Biografiearbeit sowie ihre Funktion und Ziele werden in Abgrenzung zum Begriff Therapie beschrieben. Der Fokus wird auf die Wirkung von Biografiearbeit gelegt. Die Erkenntnisse werden in einem Zwischenfazit festgehalten. Anschliessend folgt ein Übergang zum nächsten Kapitel, in welchem wichtige Definitionen von psychischer Beeinträchtigung vorgestellt und Wissen zu deren Entstehung und Behandlung vermittelt wird. Es wird im Besonderen auf die Biografiearbeit mit Menschen mit einer psychischen Krankheit im Kontext der Sozialen Arbeit eingegangen. In Kapitel 4 werden die Begriffe Gesundheitsförderung, und Recovery beschrieben sowie deren Grundlagen und Verbindungslinien erläutert. Der Terminus Identität und die personalen Ressourcen stehen dabei im Zentrum der Ausführungen. Es folgt ein Zwischenfazit und eine Überleitung zum Kapitel der Schlussfolgerung (Kapitel 5), in welchem die Forschungsfragen beantwortet und die Erkenntnisse kritisch reflektiert werden. Die Arbeit schliesst mit einem Ausblick und weiterführenden Fragen.

1.5 Zwischenfazit

In der Einleitung wurde beschrieben, dass Biografiearbeit als Lernprozess verstanden werden kann. Biografiearbeit fördert die Kompetenzen zur Lebensbewältigung und Erlangung von Handlungsfähigkeit, sie stärkt die Identität und unterstützt die Integration von (Lebens-)Erfahrungen und Ereignissen in die eigene Lebensgeschichte. Biografiearbeit erzeugt und unterstützt gesundheitsfördernde und recoveryorientierte Prozesse. Des Weiteren wurde im Abschnitt 1.2 festgestellt, dass psychische Krankheiten in der Bevölkerung verbreitet sind und dass betroffene Personen auf Grund ihrer schwierigen Lebenslage vermehrt auf die Hilfe und Unterstützung von Fachpersonen der Sozialen Arbeit und aus anderen Disziplinen angewiesen sind.

Im folgenden Kapitel werden verschiedene ausgewählte Begriffe, Grundlagen und Elemente von Biografie und Biografiearbeit in der Sozialen Arbeit vorgestellt.

2 Biografie und Biografiearbeit

In diesem Kapitel erfolgt eine Betrachtung und Analyse der Begriffe Biografie, Statusbiografie und Normalbiografie, Wahl- oder Patchworkbiografie, Lebenslauf und Biografiearbeit. Des Weiteren wird die Relevanz von Biografiearbeit in der Sozialen Arbeit dargestellt und es werden ausgewählte Grundlagen und Formen der Biografiearbeit beschrieben. Die Funktion und die Wirkung von Biografiearbeit werden in Abgrenzung zur Therapie herausgearbeitet.

2.1 Begriffsdefinitionen

Biografie

Der Begriff Biografie wird sowohl in der Alltags- als auch in der Fachsprache verwendet. Er bezeichnet gemäss Hurrelmanns Sozialisationstheorie (vgl. 2006: 15f.) die Lebensgeschichte oder auch Lebensbeschreibung einer Person. Im Verlauf eines lebenslangen Sozialisationsprozesses entwickelt sich das Individuum in der Auseinandersetzung mit der Umwelt und den Lebensbedingungen zu einer sozial handlungsfähigen Person. Biografie kann demnach als Produkt dieses Prozesses verstanden werden. Das Individuum wird zur Persönlichkeit, welche die eigene Lebensgeschichte hervorbringt und gestaltet. Biografie meint jedoch mehr als die Abfolge von biografischen Ereignissen und Daten, denn sie beinhaltet auch die subjektiven Interpretationen und Sinndeutungen dieser Fakten. Gemäss Miethe (vgl. 2014: 13–21) sind Biografien subjektive, bedeutungsstrukturierte Konstruktionen. Ereignisse und (Lebens-)Erfahrungen werden über die Sinne wahrgenommen und sowohl auf der kognitiven Ebene als auch auf der emotionalen und körperlichen Ebene verarbeitet. Da das Leben ein sich entwickelnder und ständiger Prozess ist, ist eine Biografie nicht statisch, sondern sie ist dynamisch und verändert sich fortwährend. Kiel (2004: 112) beschreibt, dass Biographie „das Ergebnis eines umfassenden Stoffwechsels des Menschen mit den sozialen, kulturellen und gesellschaftlichen Welten, die ihn umgeben, sozusagen eine grosse Gestaltbewegung im Prozess der Selbstorganisation des Menschen [sei].“

Statusbiografie und Normalbiografie

Der Wirtschaftssoziologe R. Levy entwarf das *Modell der Statusbiografie*. Dieses Modell beruht auf der Erkenntnis, dass sich individuelle Lebensgeschichten am Wandel sozialer Systeme und Strukturen konstituieren, welche den Orientierungs- und Handlungsraum des Individuums festlegen (vgl. Levy 1977, zit. nach Schroeter 2009: 34). Der Schweizer Soziologe Martin Kohli hat 1985 den Begriff des *institutionalisierten Lebenslaufs* geprägt. In seinem Konzept werden individuelle Lebensgeschichten als sozial und staatlich normierte und determinierte Lebensverläufe dargestellt, welche sich vorwiegend entlang der Altersphasen und am Erwerbssystem orientieren und bis in die jüngste Zeit als Normalbiografie galten (vgl. Kohli 2003).

Wahlbiografie, Patchworkbiografie

Im Zusammenhang mit dem gesellschaftlichen Wandel und den damit einhergehenden Veränderungen und Prozessen, wie der Individualisierung, Deinstitutionalisierung, Pluralisierung und Differenzierung, verändert sich auch die Bedeutung von Lebensgeschichten und Lebensverläufen. Die klassische Einteilung des Lebenslaufs löst sich immer mehr auf. Individuelle (Handlungs-)Möglichkeiten und Spielräume nehmen zu. Die Normalbiografie wird zur Wahlbiografie oder Patchworkbiografie. Der einzelne Mensch tritt dadurch vermehrt aus den traditionellen Normen und ist herausgefordert, die eigene Lebenszeit aktiv zu planen und zu gestalten (vgl. Schroeter 2009: 36).

Lebenslauf

Der Begriff Lebenslauf wird vor allem in Zusammenhang mit dem Erwerbssystem auf dem Arbeitsmarkt benutzt. In Form eines *Curriculum Vitae (CV)* listet er in tabellarischer Form Daten auf und gibt Auskunft über die Personalien, die Aus- und Weiterbildung, die berufliche Tätigkeit, besondere Kenntnisse und Fähigkeiten und andere persönliche Informationen. Aus soziologischer Sicht ist der Lebenslauf ein Abbild von Lebensphasen, welche sowohl individuell als auch gesellschaftlich definiert sind. Der Lebenslauf wird in modernen Gesellschaften vorwiegend durch das chronologische Alter strukturiert, welcher sich in den letzten Jahrzehnten vor allem in Bezug auf die Erwerbstätigkeit organisiert und dadurch zu einem *standardisierten Normallebenslauf* entwickelt und institutionalisiert hat. Die Einteilung erfolgt in eine Bildungsphase, die Erwerbsphase und die Ruhestandsphase. Infolge der zunehmenden De-Institutionalisierungen und Individualisierungsprozesse werden diese traditionellen Rahmenbedingungen immer mehr aufgelöst (vgl. Schroeter 2009: 35f.).

Biografiearbeit

Biografiearbeit ist ein Oberbegriff, unter dem man verschiedene Methoden einordnen kann. Biografiearbeit wird in unterschiedlicher Form in verschiedenen Kontexten angewendet, zum Beispiel als Portfolio oder Lebenslauf, wenn wir uns für eine Arbeitsstelle bewerben, als Anamnese oder Krankheitsgeschichte im medizinischen Kontext und als Lebensrückblick in Therapie und Beratung. Auch im Alltag denken wir ständig über unser vergangenes Leben und über unsere Zukunft nach und reflektieren unser Handeln, unsere Emotionen und unsere Gedanken. Biografiearbeit, wie sie hier verstanden wird, findet in einem *professionellen Setting* und im *dialogischen Prozess* statt. Sie ist kein isoliertes Handlungskonzept, sondern nutzt Erkenntnisse aus verschiedenen Disziplinen und wissenschaftlichen Traditionslinien wie zum Beispiel Philosophie, Psychologie, Sozial- und Erziehungswissenschaften oder Gesundheitswissenschaften (vgl. Kellner-Fichtel 2018: 19, Klingenberg/Ramsauer 2017: 99, Miethe 2014: 46). Das Ziel von Biografiearbeit ist eine Stärkung der Identität durch die Auseinandersetzung mit der eigenen Vergangenheit, das Erkennen von Zusammenhängen, welche ein ganzheitliches Verständnis fördern, die Integration von Erfahrungen und das Erlangen von Erkenntnissen, welche dazu genutzt werden können, um Entscheidungen für das gegenwärtige und zukünftige Leben zu treffen.

Es gibt in der Literatur keine einheitliche Definition von Biografiearbeit. Verschiedene Autoren benutzen aber ähnliche Begriffe und Beschreibungen. Miethe (2011: 24) stellt eine Definition vor, welche die unterschiedlichen Beschreibungen folgendermassen zusammenfasst:

Ausgehend von einem ganzheitlichen Menschenbild ist Biografiearbeit eine strukturierte Form der Selbstreflexion in einem professionellen Setting, in dem an und mit der Biografie gearbeitet wird. Die angeleitete Reflexion der Vergangenheit dient dazu, Gegenwart zu verstehen und Zukunft zu gestalten. (...) [Dadurch] sollen neue Perspektiven eröffnet und Handlungspotenziale erweitert werden.

Hölzle (2009: 47) stellt im Lehrbuch Ressourcenorientierte Biografiearbeit fest:

Biografiearbeit dient der Mobilisierung von Kraftquellen, um biografische Herausforderungen bewältigen zu können. Ressourcen können aktiviert werden über die Erinnerung an gelungene Problemlösungen / Bewältigungsstrategien und deren Übertragung auf aktuelle Herausforderungen sowie konkrete Ausgestaltung von

attraktiven Lebenszielen (...) aus der eigenen Lebensgeschichte Kraft zu schöpfen, Potenziale zu entdecken und Ziele zu entwickeln, die als Kraftquelle dienen können.

Ruhe (2014: 33) beschreibt Biografiearbeit als „eine strukturierte Form der Selbst- und Fremdrelexion (...) in einem professionellen Setting (...).“ Biografiearbeit bedeutet also über das eigene vergangene Leben bewusst nachzudenken, sich zu erinnern, Vergangenes in der Gegenwart zu aktualisieren und eine mögliche Zukunft zu visionieren sowie Potenziale und Ressourcen zu entdecken und diese für die Gestaltung der eigenen Gegenwart und Zukunft zu nutzen. Das Nachdenken, die Reflexion in einem professionellen Setting erfolgt in einem dialogischen Prozess, beziehungsweise durch das erzählende Gespräch. Dabei können die eigene Lebensgeschichte, Erfahrungen und Erlebnisse neu bewertet und/oder umgedeutet sowie neue Möglichkeiten und Haltungen entwickelt werden. *Biografiearbeit kann somit als Bildungs- und Entwicklungsprozess gesehen werden.*

2.2 Biografiearbeit in der Sozialen Arbeit

Nach Thole (vgl. 2005: 47) gehört es zu den Kernaufgaben der Sozialen Arbeit, Menschen (und Lebenswelten) in Krisen und biografischen Verunsicherungen zu unterstützen und die soziale Integration zu fördern. Gemäss Staub-Bernasconi (2005: 254) hat professionelle Soziale Arbeit sowohl eine auf das Individuum bezogene als auch eine gesellschaftliche Funktion. Auf der individuellen Ebene soll sie Menschen dazu befähigen, „ihre Bedürfnisse so weit wie möglich aus eigener Kraft, d. h. dank geförderten und geforderten Lernprozessen zu befriedigen“. Menschen mit sozialen Problemen, welche Hilfe und Unterstützung brauchen und von Ausgrenzung und Marginalisierung betroffen sind, begegnen uns in allen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit. Biografiearbeit kann deshalb gemäss Miethe (vgl. 2014: 8) als arbeitsfeldübergreifende Querschnittsaufgabe beschrieben werden. Fachpersonen der Sozialen Arbeit sind immer wieder mit den (erzählten) Lebensgeschichten ihrer Klientinnen und Klienten konfrontiert. Sie sind dabei nicht nur passive Beobachtende, sondern sie beteiligen sich massgebend an der Konstruktion von Biografien, indem sie biografische Methoden als Lern- und Bildungsprozesse nutzen (vgl. Jakob 2011: 198). Hölzle (2011a: 33) expliziert, dass „Biografiearbeit im Kontext Sozialer Arbeit (...) immer partizipativ, dialogisch und kooperativ angelegt [ist] (...).“ Miethe (2011: 9) hält des Weiteren fest, dass Biografiearbeit ein hohes Potential aufweist, welches sich nur dann voll entfalten kann, wenn „eine fundierte theoretische,

methodische und selbstreflexive Basis“ dafür geschaffen wird und Minimalstandards für eine professionelle Biografiearbeit formuliert werden. Eine professionelle ethische Haltung, biografische Kompetenz, Gesprächsführungs- und Beratungskompetenz, die Fähigkeit zur Gestaltung von (Arbeits-)Beziehungen und die Arbeit mit Gruppen sind dabei relevante Schlüsselqualifikationen.

Bildung und Entwicklung

Die Begriffe Bildung und Entwicklung stehen in einem engen Zusammenhang mit dem Begriff Sozialisation. Sozialisation bezeichnet nach Hurrelmann (vgl. 2006: 15) einen lebenslangen Prozess, in dessen Verlauf sich das Individuum, in der Auseinandersetzung und in einer gegenseitigen Abhängigkeit zu seiner sozialen und materiellen Umwelt, zu einer handlungsfähigen Persönlichkeit entwickelt. Bildung gehört zu den fundamentalen Zielen dieses Prozesses, um die Individualität zu gewährleisten. Eine moderne und aktuelle Definition von Bildung meint nach Hurrelmann (vgl. 2006: 17) „die Förderung der Eigenständigkeit und Selbstbestimmung eines Menschen (...).“ Persönlichkeitsentwicklung vollzieht sich über die gesamte Lebensspanne. Sie erfordert in modernen Gesellschaften einen hohen Grad an Flexibilität und Anpassungskompetenzen, um die sozialen, gesellschaftlichen und kulturellen Anforderungen und Aufgaben zu bewältigen. Solche Anforderungen werden auch als Entwicklungsaufgaben bezeichnet (vgl. ebd.: 35). Nach Thiersch (2011: 163) meint Bildung „die Auseinandersetzung des Menschen mit der Welt und die Ausprägung seiner Lebensgestalt in einem lebenslangen Prozess.“ Thiersch versteht Bildung als Projekt und zentrales Element in der Lebensgestaltung (vgl. ebd.: 164). Alltags- und Selbstbildung sieht er dabei als wichtige und zentrale Kompetenzen in der Bewältigung und Gestaltung des modernen Lebens (vgl. ebd.: 167). Biografiearbeit kann als Bildungs- und Entwicklungsangebot diese Kompetenzen fördern und Selbstbildungs-Prozesse unterstützen.

2.3 Grundlagen und Formen von Biografiearbeit

Biografiearbeit, wie sie in dieser Arbeit verstanden wird, basiert auf einem ganzheitlichen-humanistischen Menschenbild und dem konstruktivistischen Ansatz. Kommunikation und dialogischer Prozess erfolgen zwischen mindestens zwei Teilnehmern. Einerseits sind dies die Adressaten und Adressatinnen und andererseits die Fachpersonen der Sozialen Arbeit. Im biografischen Gespräch oder in der biografischen Beratung werden Klienten und Klientinnen von den Professionellen der Sozialen Arbeit durch den

Prozess der biografischen Reflexion begleitet und darin unterstützt, biografisches Wissen zu erinnern und Geschichten, Erfahrungen und Ereignisse aus ihrem Leben zu erzählen und dadurch ihre narrativen und biografischen Kompetenzen zu entwickeln und zu stärken. Um diese Aufgabe angemessen zu bewältigen, brauchen die Fachpersonen ihrerseits biografische und kommunikative Kompetenzen, theoretisches Fachwissen in Bezug auf die Ziel- oder Adressatengruppe sowie Fachkompetenzen zur Analyse, Gestaltung und Moderation von Gruppenprozessen (vgl. Jansen 2011: 26). Biografiearbeit als Bildungs- und Entwicklungsangebot ist als personenbezogene Dienstleistung zu verstehen. Kooperation und Koproduktion sind zwei Strukturmerkmale, welche das professionelle Handeln leiten. Die Fähigkeit, das Vertrauen und die Kooperation des Gegenübers in einem biografischen Dialog zu gewinnen, gehört deshalb ebenfalls zu den relevanten Kompetenzen für das biografische Arbeiten. Des Weiteren sind Selbstreflexion und die Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie entscheidende Voraussetzungen, um mit Klienten und Klientinnen biografisch zu arbeiten.

Erinnern

Im Gehirn werden Lebenserfahrungen gespeichert und verarbeitet. Lebenserfahrungen beeinflussen die vorhandenen Hirnstrukturen, welche wiederum für die Befriedigung menschlicher Grundbedürfnisse zuständig sind. Gesundheit und subjektives Wohlbefinden sind das Resultat einer angemessenen Befriedigung aller Grundbedürfnisse (vgl. Grawe 2004: 448).

Biografisches Arbeiten ist Erinnerungsarbeit. Das Gehirn und das Gedächtnis sind die zentralen Systeme, welche diese Arbeit leisten. Gerrig und Zimbardo (2008: 232) definieren „das Gedächtnis als die Fähigkeit, Informationen zu speichern und abzurufen.“ Nach Klingenberg und Ramsauer (vgl. 2017: 162) kann zwischen drei Gedächtnissystemen oder Gedächtnisspeichern unterschieden werden: das sensorische Ultrakurzzeitgedächtnis, das Arbeits- und Kurzzeitgedächtnis und das Langzeitgedächtnis. Anatomisch und psychologisch müssen in Bezug auf die Gedächtnisinhalte zwei weitere Unterscheidungen vorgenommen werden. Im expliziten oder deklarativen Gedächtnis werden einerseits Fakten und Wortbedeutungen (semantisches Gedächtnis), Bilder und Töne gespeichert. Andererseits speichert es individuelle Erfahrungen und Ereignisse (episodisches Gedächtnis), also biografisch erworbene Inhalte. Alle Inhalte des expliziten Gedächtnisses sind prinzipiell bewusst, aber nicht immer verfügbar.

Unbewusst gespeicherte Erinnerungen und Informationen sind im impliziten oder nicht-deklarativen Gedächtnis abgelegt. Zum impliziten Gedächtnis gehört auch das

prozedurale Gedächtnis, welches vor allem Informationen zu Handlungs- und Bewegungsabläufen (motorische Fertigkeiten) beinhaltet, die überwiegend automatisch umgesetzt werden. Zum impliziten Gedächtnissystem gehört auch das sogenannte *priming*. Bei diesem Vorgang werden Sinneseindrücke wie Farben, Gerüche und Töne hauptsächlich unbewusst wahrgenommen, gespeichert und verarbeitet. Für Biografiearbeit und eine biografische Lebensplanung ist auch das sogenannte prospektive Gedächtnis bedeutungsvoll. Dieses Teil-Gedächtnis ist aktiv, wenn wir auf der Basis vergangener Erfahrungen Zukunftsvisionen und Handlungsalternativen planen und entwickeln (vgl. Gerrig/Zimbardo 2008: 233f., Klingenberg 2003: 68, Klingenberg/Ramsauer 2017: 162f.). Alle Gedächtnissysteme stellen die Grundlage für das autobiografische Gedächtnis dar, in welchem unsere Lebenserfahrungen und unsere Biografie gespeichert sind (vgl. Klingenberg/Ramsauer 2017: 163). Wenn wichtige Ereignisse und Schlüsselerfahrungen in der Lebensgeschichte in Erinnerung gerufen und verbunden werden, können die Permanenz und die Kausalitäten in der Biografie und somit auch die Identität sichtbar gemacht werden (vgl. Kast 2014: 9f., Maercker/Forstmeier 2013: 7). Studien haben gezeigt, dass sich Jugendliche und ältere Menschen häufiger willentlich und unwillentlich an ihre Vergangenheit erinnern als Menschen im mittleren Alter. Der Grund für diese Dominanz im Jugend- und Jungerwachsenenalter wird darin vermutet, dass sich in dieser Zeit die Identität entwickelt (vgl. Maercker/Forstmeier 2013: 12). Specht-Tomann (vgl. 2018: 58) stellt fest, dass bei der Identitätsentwicklung nebst dem Erinnern auch das Vergessen eine zentrale Rolle spielt. Denn durch das Vergessen werde Raum für neue Erfahrungen, Eindrücke und Erlebnisse geschaffen. Erinnern und Vergessen haben ausser einer individuellen Funktion ebenso einen hohen Stellenwert im kulturellen und gesellschaftlichen Kontext, indem sie soziale Regeln erhalten und verstärken. Dörr (2010: 49) beschäftigt sich mit dem Zusammenhang von Erinnern und Vergessen und stellt fest, dass wir auch vergessen müssen, um zu unterscheiden, „was in Bezug auf unser Leben und unser Handeln wichtig war und ist und was nicht“.

Erzählen

Das Erzählen ist eine basale menschliche Fähigkeit und eine alltägliche Tätigkeit (vgl. Klingenberg 2003: 187). Bezugnehmend auf Kallmeyer und Schütze stellt Völzke fest, dass sich Erzählungen „immer auf vergangene Ereignisse [beziehen], die in einer spezifischen zeitlichen beziehungsweise kausalen Aufeinanderfolge aus der aktuellen Perspektive der erzählenden Person rekonstruiert werden – die erzählte Geschichte stellt kein unmittelbares Abbild der vergangenen Erfahrungen dar.“ (Kallmeyer/Schütze 1976,

zit. in Völzke 2005: o.S.) Wer erzählt, ist weitgehend bei sich selbst und tritt gleichzeitig mit anderen in Kontakt. Durch das Erzählen von Geschichten und Erlebnissen aus dem vergangenen Leben öffnet sich ein Erzählraum, ein biografisches oder narratives Fenster in der Gegenwart, welches eine Neuordnung von Erfahrungen, die Rekonstruktion von subjektiver Wirklichkeit, das Entdecken von Ressourcen und Potenzialen und eine Neuorientierung ermöglicht. Gleichzeitig wächst dadurch das kollektive Gedächtnis (vgl. Klingenberg 2003: 187, Klingenberg/Ramsauer 2017: 145, Völzke 2005: o.S.).

Zuhören

Um zum Erzählen motiviert zu sein, braucht es einige Rahmen- und Erzählbedingungen. Voraussetzung für den Aufbau einer Erzählkultur und eines dialogischen Prozesses ist die Präsenz, die Offenheit, die Wertschätzung und die Aufmerksamkeit der Zuhörenden und das authentische Interesse am Gegenüber und seinen Erzählungen, welche das Vertrauen des Erzählenden fördern (vgl. Klingenberg 2003: 189, Klingenberg/Ramsauer 2017: 142, Völzke 2005: o.S.). Das Zuhören ist ein Bestandteil der Kommunikation. Das *aktive Zuhören* wurde als Erstes vom Psychologen Carl Rogers als Werkzeug für die Gesprächsführung beschrieben (vgl. Röhner/Schütz 2012: 71f.). Bestandteile des *aktiven Zuhörens* sind das aufmerksame Verfolgen des Gehörten, das Paraphrasieren, das Verbalisieren und Zusammenfassen sowie das Nachfragen und Klären (vgl. Klingenberg/Ramsauer 2017: 143, Röhner/Schütz 2012: 72). Auch die (ethische) Haltung und die Gestaltung der Beziehung haben einen Einfluss auf die Erzählmotivation und den Erzählfluss. Nebst diesen Bedingungen sind die räumlichen und zeitlichen Gegebenheiten zentral dafür, ob und wie ein biografischer Erzähl- und Hörraum zustande kommt.

Einteilung: Teilbiografien – Themen – Altersphasen

Da das Leben ein einzigartiges und komplexes Phänomen ist, wird die Biografie und die Arbeit an der Lebensgeschichte in der Fachliteratur von einigen Autoren in verschiedene Teilbiografien eingeteilt. Nach Klingenberg und Klingenberg/Ramsauer (vgl. 2003: 106f., 2017: 83f.) gehören zu diesen Teilbiografien:

- Die soziale Biografie: soziale Beziehungen und (materielle) Lebensverhältnisse
- Die Kulturbioografie: Alltagskultur (Gewohnheiten, Rituale), „grosse Kultur“ (Kunst, Literatur, Musik)
- Die Naturbiografie: Körper, Natur, Dinge
- Die Mythobiografie: Religion, Glaubens- und Weltanschauungen

- Die Lern- und Bildungsbiografie: formelle und informelle Bildung und Lernprozesse
- Die Persönlichkeitsbiografie: Kognition, Denkmuster, Emotionen, Verhalten, Bewältigung
- Geschlechterbiografie: Männer- oder Frauenbiografie

Bei Ruhe (vgl. 2014: 68ff.) findet man eine Einteilung in verschiedene Themenfelder wie zum Beispiel: Familie, Wohnen, Arbeit, Freizeit, Gesellschaft, materielle Sicherheit, Sinn und Tod.

Maercker und Forstmeier (vgl. 2013: 31f.) schlagen für die Biografiearbeit eine Einteilung in die verschiedenen Lebens- oder Altersphasen vor: Kindheit, Jugend, junges und mittleres Erwachsenenalter und höheres Lebensalter.

Des Weiteren werden in der Fachliteratur die Praxisfelder und die Zielgruppen unterschieden und beschrieben, welche für die Biografiearbeit relevant sind.

Einzel- und Gruppenarbeit

Biografiearbeit kann sowohl mit einzelnen Personen als auch mit einer Gruppe durchgeführt werden. In beiden Fällen müssen die Methode und die Themen den jeweiligen Bedürfnissen und den Bedingungen der Adressaten und Adressatinnen und der Zielgruppe angepasst werden. Für die Biografiearbeit mit einer Gruppe braucht es andere Kompetenzen als für die biografische Beratung einer einzelnen Person. In der Arbeit mit Gruppen stellen sich zusätzliche Herausforderungen. Nebst dem Fachwissen zu Kommunikation, Interaktion und Gesprächsführung sind spezifische Fähigkeiten in Bezug auf Gruppenprozesse und Gruppendynamik, Normen, Werte, Regeln und Rollen in Gruppen sowie die Moderationskompetenz relevant (vgl. Amez-Droz et al. 2015: BA 107 Kurs: Arbeit mit Gruppen). Für die Arbeit mit Gruppen hat sich in den letzten Jahrzehnten im deutschsprachigen Raum vor allem das *Erzählcafé* als biografische Methode etabliert und weiterentwickelt (vgl. Kohn/Caduff 2010: 194).

Kommunikation und dialogischer Prozess

Biografische Gespräche basieren wie andere Gespräche im Kontext der Sozialen Arbeit auf einem kommunikativen Verständigungs- und Aushandlungsprozess. Gemäss Widulle (vgl. 2012: 29) ist das Gespräch soziales Handeln, weil es technologisch nicht steuerbar und den Bedingungen zweier autonomer Individuen unterworfen ist. Das Gespräch in der sozialen Arbeit wird nach Widulle (ebd.: 30) als „methodisches Handeln und Problemlösen“ aufgefasst. Krause und Rätz formulieren, dass der Dialog sich anbietet, um

sich auf komplexe Prozesse einzulassen. „Der Dialog öffnet das Geschehen, er ermöglicht neue Perspektiven und mehrseitige Entwicklungen und Veränderungen.“ (Krause/Rätz 2015: 10) Im Dialog ist das Gespräch zentral. Es geht um komplexe Kommunikations- und Verständigungsprozesse, die Offenheit und die Bereitschaft des gegenseitigen Zuhörens voraussetzen. Gemäss Marek und Schopp fördert die dialogische Haltung Achtsamkeit und Präsenz. Sie „sensibilisiert sowohl für das Wesentliche im anderen als auch für die eigenen Wahrnehmungsmuster, Urteile und Bewertungen. Diese Haltung lebt von gegenseitigem Respekt, schöpferischem Zuhören und Sich-authentisch-mitteilen-Können“ (Marek/Schopp 2015: 95).

Beispielhaft wird in dieser Arbeit das narrative Interview für das biografische Arbeiten mit Einzelpersonen vorgestellt, welches von Schütze (1976) als Instrument für die Sozialwissenschaften entwickelt wurde und das sich inzwischen auch für die sozialpädagogische Arbeit etabliert hat sowie ein Gesprächsmodell, welches sich an die Gesprächsphasen eines Beratungsgesprächs von Widulle (2011, 2012) anlehnt.

Das Narrative Interview

Gemäss Schütze ist das *autobiographisch-narrative Interview* in drei Abschnitte eingeteilt. Durch eine offene *Erzählaufforderung* wird im ersten Teil eine *Stegreiferzählung* angeregt. Im zweiten Teil wird die Erzählung und das *Erzählpotenzial* durch Zusammenfassen und Nachfragen erweitert. Gemäss Schütze ist der Erzählende „Experte und Theoretiker seiner selbst“, deshalb wird im dritten Teil vorwiegend das Erklärungs- und Deutungswissen des Erzählenden, als Expertin oder Experte ihrer oder seiner eigenen subjektiv erlebten Wirklichkeit, exploriert (vgl. Schütze 1983: 285). In der Kooperativen Prozessgestaltung wird das narrative Interview als Erfassungsmethode im Zuge der analytischen Phase vorgestellt. Gemäss Hochuli Freund und Stotz (2013: 157) ermöglicht das biografische Interview „einen direkten Zugang zur subjektiven Erlebniswelt von Klienten.“ Hochuli Freund und Stotz unterscheiden dabei zwischen einem Erstgespräch und dem narrativen Interview, welches in vier Phasen eingeteilt wird (vgl. 2013: 158). In der ersten Phase des narrativen Interviews dient eine Eingangsfrage dazu, den Erzählfluss in Gang zu setzen. Die Frage sollte offen sein und dem Gegenüber die Gelegenheit bieten, in der eigenen Sprachlogik und dem eigenen Deutungssystem über wichtige Lebenserfahrungen und Schlüsselereignisse zu erzählen (Phase 2). Eine offene und wertfreie Haltung ist dabei wichtig. In der dritten Phase kann durch Nachfragen, Ergänzungen und Zusammenfassen die Erzählung noch erweitert oder abgeschlossen werden. In

der letzten Phase soll gefragt werden, ob es noch Wichtiges, Klärungsbedarf oder Fragen gibt (vgl. ebd.: 159).

Das biografische Beratungsgespräch

In Anlehnung an Widulle (vgl. 2012: 156–161) werden in dieser Arbeit die folgenden Gesprächsbausteine vorgeschlagen, welche für ein biografisches Beratungsgespräch als Strukturierungshilfen genutzt werden können. Das Modell dient als roter Faden. Die Phasen können der jeweiligen Situation angepasst werden und sich über mehrere Termine verteilen.

- 1. Phase: Kontakt, Begrüssung, Schaffen einer gemeinsamen Gesprächsgrundlage, indem die aktuelle Situation der Beteiligten angesprochen wird. Den roten Faden des letzten Gesprächs aufnehmen oder Ereignisse ansprechen, die in der Zwischenzeit geschehen sind. Danach wird der Anlass für das Gespräch geklärt und die eigene Rolle deklariert. Die Vertraulichkeit wird zugesichert und die Gesprächsdauer festgelegt. Falls notwendig werden weitere wichtige Informationen vermittelt. Es wird auf die Notwendigkeit von Notizen (oder Aufnahmen) hingewiesen. Erwartungen und Vorstellungen an das Gespräch oder an den Berater, die Beraterin werden erfragt und geklärt und, falls nötig, Störungen thematisiert und bearbeitet.
- 2. Phase: Der biografische Erzählraum wird mit der offenen Einstiegsfrage zum Leben der Klientin, des Klienten eröffnet und der Erzählfluss wird mit entsprechenden Fragen, einer interessierten und wertschätzenden Haltung angeregt und durch aktives Zuhören unterstützt.
- 3. Phase: Nachfragen zur Klärung, Konkretisierung, Präzisierung und Beschreibung relevanter Zusammenhänge (aus Sicht der Erzählenden). Explorieren von subjektiven Sinndeutungen, Erklärungswissen, Bewältigungsstrategien, Ressourcen und Potenzialen.
- 4. Phase: In dieser Phase können als unterstützende Massnahmen weitere Möglichkeiten der biografischen Exploration wie zum Beispiel kreative, meditative, visualisierende Methoden, autobiografisches Schreiben, Körper- und Sinnesübungen oder Rollenspiele zur Fokussierung oder Vertiefung genutzt werden.
- 5. Phase: In dieser Phase geht es darum, Visionen, (Teil-)Ziele und mögliche Zukunftsbilder zu entwickeln und zu formulieren.
- 6. Phase: Sammlung und Auswahl von Handlungsstrategien und Lösungswegen. Planung und Umsetzung von (Teil-)Zielen.

- 7. Phase: Erkenntnisse und Einsichten aus dem Gesprächsprozess benennen und einordnen. Allfällig daraus resultierende Handlungsoptionen in den Alltag transferieren. Explizierte und notierte Vereinbarungen können diesen Prozess verstärken.
- 8. Phase: Das Gespräch abschliessen. Gegenseitiges Feedback zur Gesprächssituation und Verlauf. Organisatorisches besprechen. Verabschiedung.

Beziehungsgestaltung

Gespräche und dialogische Prozesse basieren auf Kommunikation. Kommunikation ist ein interaktiver Prozess zwischen mindestens zwei Personen, welche im Verlauf der Interaktion zueinander in Kontakt und Beziehung treten. Der Beziehungsaspekt ist demnach ein wesentliches Element in der Biografiearbeit.

Verschiedene Autorinnen und Autoren bezeichnen die (Arbeits-)Beziehung zwischen den Professionellen der Sozialen Arbeit oder Berater und Beraterinnen und den Klienten, Klientinnen als massgeblichen Wirkfaktor für einen gelingenden Hilfe- und Unterstützungsprozess beziehungsweise eine gelingende Beratung (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2013: 85, Lazarus/Bosshard 2005: 173ff., Nestmann 2014: 791, Widulle 2012: 70). Die von Carl Rogers (1973) postulierten und im Rahmen der Entwicklung seiner *klientenzentrierten Beratung und Psychotherapie* untersuchten Merkmale einer hilfreichen Beratungsbeziehung *Empathie, Akzeptanz und Authentizität* gelten auch heute noch als klassische Prinzipien einer positiven und erfolgreichen (Arbeits-)Beziehung (vgl. Nestmann 2014: 792). Gemäss Jansen (2011: 55) „gehört die Herstellung von Kontakt und Beziehung in der Helferrelation zu einer der schwierigsten und anspruchsvollsten Herausforderungen in der pädagogischen Arbeit (...).“ Hochuli Freund und Stotz (vgl. 2013: 111f.) postulieren, dass Professionelle sowohl kommunikative und interaktive Kompetenzen, eine akzeptierende, wertschätzende und wohlwollende Haltung als auch die Fähigkeit zur Selbstreflexion benötigen, da es kein Rezept gibt, welches die Herstellung einer Arbeitsbeziehung beschreibt.

2.4 Biografische Kompetenz und ethische Haltung

Verschiedene Autorinnen und Autoren betonen, dass biografisches Arbeiten sowohl biografische Kompetenzen als auch eine reflektierte und authentische Haltung der Fachpersonen voraussetzt. Ruhe (vgl. 2014: 37f.) benennt als zentrale Qualifikationen fachliche Fähigkeiten, welche im Rahmen von Aus- und Weiterbildungen erworben werden,

sowie Selbstkompetenz, welche die Bearbeitung und den Umgang mit der eigenen Biografie meint. Respekt, im Sinne von Achtung vor der Autonomie des Gegenübers, sowie das Wahrnehmen, Ernstnehmen und Wertschätzen der Fähigkeiten und Leistungen des oder der Anderen werden von Hanses beschrieben (vgl. 2004: 54f.). Jansen (vgl. 2011: 26) verweist darauf, dass Biografiearbeit mit Menschen in schwierigen Lebenslagen nebst einer gründlichen theoretischen Beschäftigung mit der Adressatengruppe auch Fachwissen zur Gestaltung und Moderation von Gruppenprozessen erfordert. Des Weiteren wird der Umgang mit Nähe und Distanz, Trauer und Leid (vgl. Jansen 2011: 27, Ruhe 2014: 38) sowie Neugier, Interesse, Wertschätzung, Geduld und Humor als wichtige Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für Biografiearbeit benannt (vgl. Röhrbein 2019: 52, Ruhe 2014: 39). Ruhe (vgl. 2014: 43f.) hebt ferner die Freiwilligkeit, die Achtung und den Schutz der eigenen Grenzen und diejenigen von Anderen, fürsorgliche Verantwortung, Verschwiegenheit und Vertraulichkeit als relevante professionelle ethische Standards für Biografiearbeit hervor.

2.5 Funktion und Wirkung von Biografiearbeit

In der Fachliteratur werden zum Teil ähnliche, sich überschneidende oder ergänzende Aussagen über die Funktion und Wirkung von Biografiearbeit gemacht. An dieser Stelle sollen einige Thesen aufgeführt werden, welche in Bezug zur Fragestellung dieser Arbeit stehen. Maerker und Forstmeier (vgl. 2013: 32) beschreiben den Zweck von Biografiearbeit als Rekonstruktion und Beleben der eigenen Lebensgeschichte, das Entdecken von Zusammenhängen in der Entwicklung und in Bezug zu anderen Menschen und als Stärkung der Erinnerungskompetenz. Klingenberg und Ramsauer (2017: 71) betonen in Bezug auf den Zweck und das Ziel von Biografiearbeit die Entwicklung von biografischer Gestaltungskompetenz, welche unter anderem eine „verstehende Auseinandersetzung mit dem vergangenen Leben“ in Form einer Lebensbilanz meint, sowie das „Aufgreifen gegenwärtiger Lebenschancen und die Bewältigung aktueller Krisen (Lebensbewältigung) [und] das Entwerfen von Zukunftsplänen (Lebensplanung).“ Hölzle (vgl. 2011a: 32) stellt dar, dass Biografiearbeit immer dann angezeigt ist, wenn die Lebensgeschichte durch Krisen oder Wendepunkte unterbrochen wird. Eine besonders relevante Funktion der Biografiearbeit sehen verschiedene Autorinnen und Autoren in der Entwicklung der Identität und der Integration von Erfahrungen in die eigene Lebensgeschichte und das Selbstbild (vgl. Gudjons/Wagener-Gudjons/Pieper 2008: 22ff., Miethe 2014: 35, Ruhe 2014: 24). Hervorzuheben sind ebenfalls die sinnstiftende Funktion von

Biografiearbeit, die Ressourcenorientierung und die Aktivierung von Bildungs- und Entwicklungsprozessen durch Biografiearbeit. Biografiearbeit in einer Gruppe fördert zudem das Gemeinschaftsgefühl, die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel, die Akzeptanz für das Andere und baut Vertrauen auf.

2.6 Abgrenzung Biografiearbeit und Therapie

Es gibt in der Literatur keine einheitliche und klare Unterscheidung oder Abgrenzung zwischen Biografiearbeit und Therapie. Schneider und Heidenreich erläutern (vgl. 2011: 1661f.), dass sich zwischen (Psycho-)Therapie und Sozialer Arbeit sowohl Gemeinsamkeiten als auch Differenzen aufzeigen lassen. Specht-Tomann (vgl. 2018: 4) sieht als wichtigste Merkmale für eine Abgrenzung von Biografiearbeit und Therapie das Fehlen eines therapeutischen Settings und gezielter therapeutischer Interventionen. Hinter einer Therapie steht oft ein ärztlicher Auftrag oder eine medizinische Indikation. Eine Therapie konzentriert sich auf Linderung und Heilung. Sie analysiert, diagnostiziert und behandelt Symptome. Biografiearbeit hingegen fokussiert als niederschwelliges und freiwilliges Angebot Selbstreflexion, Selbsterfahrung und Selbstaktualisierung. Ruhe (vgl. 2014: 122f.) stellt fest, dass sich Therapie und biografische Beratung hinsichtlich (emotionaler) Tiefung und Intensität unterscheiden und dass in der biografischen Beratung die Verantwortung für den Prozess stärker beim Klienten oder der Klientin liegt. Therapie setzt bei Krankheit, Leid und Störungen an und therapeutische Prozesse werden bewusst initiiert und dringen tiefer in das Unterbewusstsein vor. Biografiearbeit bleibt auf der Selbsterfahrungsebene, therapeutische Prozesse können zwar geschehen, werden aber nicht gezielt fokussiert oder angestrebt (vgl. Gudjons/Wagener-Gudjons/Pieper 2008: 20f.). Gemäss Kast (vgl. 2014: 47) hat Biografiearbeit keinen therapeutischen Auftrag, jedoch eine therapeutische Wirkung, weil die Selbsterkenntnis wächst und Menschen durch die Be- und Aufarbeitung der eigenen Lebensgeschichte besser in Kontakt zu sich und ihrer Lebensgeschichte stehen. Sie erkennen dadurch Zusammenhänge und das Leben erscheint sinnvoller.

2.7 Zwischenfazit

In diesem Kapitel wurde eine terminologische Klärung zentraler Begriffe in Bezug auf Biografiearbeit und Soziale Arbeit vorgenommen. Des Weiteren wurde darauf hingewiesen, dass Biografie und Biografiearbeit zentrale Elemente und Handlungsprinzipien in

der Sozialen Arbeit darstellen. Es folgte eine Beschreibung der Begriffe Bildung und Entwicklung. Anschliessend wurde ausführlicher auf ausgewählte und relevante Grundlagen eingegangen, welche die Funktion von Biografiearbeit beschreiben, wie das Erinnern, das Erzählen und das Zuhören. Es erfolgte eine Übersicht zu einer möglichen Einteilung von Biografiearbeit, so wie sie in der Fachliteratur diskutiert wird. Im weiteren Verlauf dieses Kapitels wurde der Fokus auf kommunikative und dialogische Prozesse gelegt. Das narrative Interview und das biografische Beratungsgespräch wurden beispielhaft als biografische Methoden vorgestellt. Ebenso wurde die Beziehungsgestaltung als massgeblicher Wirkfaktor beschrieben. Im Hinblick auf die Wirksamkeit von Biografiearbeit wurde die Entwicklung und Stärkung der Identität und die Integration von Lebenserfahrungen und Ereignissen in die eigene Biografie und das Selbstbild sowie der sinnstiftende Effekt festgestellt. Das letzte Unterkapitel widmete sich den Unterscheidungen und Abgrenzungen von Therapie und Biografiearbeit. Dabei wurde deutlich, dass die Überschneidungen insgesamt überwiegen. Als Folge dieser diffusen Trennung erachtet die Verfasserin dieser Arbeit den Erwerb spezifischer Kompetenzen für eine professionelle Biografiearbeit als unabdingbar.

Im nächsten Kapitel werden Aussagen und Thesen zur Entstehung und Behandlung von psychischen Beeinträchtigungen näher beleuchtet. Es wird ein Bezug zu Biografiearbeit und zur Sozialen Arbeit hergestellt. Des Weiteren werden einige ausgewählte ethische Thematiken beschrieben.

3 Psychische Beeinträchtigung

Im Zusammenhang mit der Entstehung von psychischen Krankheiten, Störungen oder Beeinträchtigungen existieren verschiedene Modelle und Theorien. In diesem Kapitel expliziert die Verfasserin eine vorläufige, nicht abgeschlossene Annäherung und Zusammenstellung von ausgewählten Lehrmeinungen, welche relevant sind für das Verständnis und als Basis für die weitere Darlegung des Themas und der Bearbeitung der Fragestellung dienen.

3.1 Begriffsdefinitionen

Die Begriffsbestimmung wird sowohl im wissenschaftlichen Diskurs als auch in der öffentlichen Wahrnehmung nach wie vor von der naturwissenschaftlichen Deutungsmacht beherrscht. Die biologisch-medizinische Perspektive hat in Bezug auf psychische Krankheiten zudem in den letzten Jahrzehnten durch die Neurowissenschaft Bestätigung und Aufschwung erhalten (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 2013: 46, Dörner et al. 2015: 492f.). Gleichzeitig wurde durch kritische und oppositionelle Bewegungen die medizinisch-naturwissenschaftlich dominante Perspektive und Deutung in Frage gestellt und durch Erkenntnisse aus der Psychologie und den Sozialwissenschaften ergänzt. Psychodynamische Prozesse, Lebensumstände, Beziehungsaspekte und psychosoziale Umweltfaktoren werden nun mit psychischen Störungen oder Krankheiten in Verbindung gebracht. Seitdem ist die Arbeit mit betroffenen Personen auch für Fachpersonen aus psychosozialen Disziplinen möglich (vgl. Bosshard et al. 2013: 23).

Die psychiatrische Krankheitslehre unterscheidet zwischen exogenen (organische), endogenen (biologische Anlagen) und psychogenen (psychodynamische) Störungen (vgl. Möller/Laux/Deister 2009: 66). Um ein weltweit einheitliches und verbindliches System und Leitlinien für die Forschung und Diagnostik von psychischen Krankheiten und Störungen und für das Gesundheitswesen zu erlangen, wurde 1980 von der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-5)* sowie von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) das *International Classification of Diseases (ICD-10)* ausgearbeitet. Das Kapitel V des *ICD-10* enthält die folgende Gliederung von psychischen Störungen:

Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)

- F00–F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

- F10–F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F20–F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F30–F39 Affektive Störungen
- F40–F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F50–F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F60–F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F70–F79 Intelligenzminderung
- F80–F89 Entwicklungsstörungen
- F90–F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F99–F99 nicht näher bezeichnete psychische Störungen

(vgl. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/#V>)

Wittchen und Hoyer (vgl. 2011: 7) stellen fest, dass psychische Störungen und Diagnosen vorläufige Konstrukte darstellen, welche wissenschaftlich nicht abschliessend validiert sind. Sie dienen der aktuellen Forschung und Praxis als Ordnungssystem und als nützliches und sinnvolles Handlungskonzept.

2001 wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) das *ICD-10* durch die englische Version des *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* ergänzt. 2005 folgte die deutsche Fassung (vgl. <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/index.html>). Das *ICF* basiert auf dem bio-psycho-sozialen Modell und umfasst eine ganzheitliche, ressourcenorientierte Sicht auf den Menschen. Gesundheit und Krankheit werden als komplexe Phänomene verstanden, welche mit der Umwelt und persönlichen Faktoren korrelieren und die Körperfunktionen und Körperstrukturen, die Partizipation sowie die Aktivitäten einer Person beeinflussen (vgl. Bosshard et al. 2013: 26). Mit der Erweiterung durch das *ICF* sollen betroffene Personen im Kontext ihrer Lebensbedingungen gesehen und die sozialen Faktoren vermehrt in den Fokus gerückt werden (vgl. ebd.: 29). Dies kommt einem soziologischen Verständnis vom Wechsel- und Zusammenspiel von Individuum und Umwelt oder innerer und äusserer Realität näher (vgl. Hurrelmann 2006: 25ff.). Sommerfeld et al. (2016: 9) halten fest, dass soziale Faktoren einflussreich sind in Bezug auf psychische Krankheiten „und diese wiederum sind häufig Ursache für gesellschaftliche Ausschlussprozesse, die sich wiederum auf den Verlauf der psychischen Krankheit und die Lebenssituation der Erkrankten auswirkt.“ Das pathogenetische Krankheits- beziehungsweise Gesundheitsverständnis wurde inzwischen in vielen Bereichen vom salutogenetischen Ansatz

abgelöst. Krankheit und Gesundheit werden als zwei Pole eines Kontinuums gesehen. Das Fehlen von psychischer Gesundheit bedeutet demnach nicht automatisch das Vorhandensein von psychischer Krankheit. Ein Individuum ist nicht einfach krank oder gesund, sondern Personen, welche von einer psychischen Krankheit betroffen sind, haben auch gesunde Anteile sowie Fähigkeiten und Ressourcen (vgl. Heinz 2016: 90). Diese gilt es zu stärken und zu fördern, insbesondere auch durch Biografiearbeit.

3.2 Entstehung und Behandlung von psychischen Beeinträchtigungen

Psychische Erkrankungen sind komplexe multidimensionale Phänomene und werden heute als Folge von wechselseitigen Prozessen zwischen individuellen biologisch-psychischen sowie sozialen und umweltbedingten Konstellationen gesehen. Inzwischen existieren verschiedene multifaktorielle oder systemische Modelle und Konzepte, wie zum Beispiel das *Anforderungs-Ressourcen-Modell* von Kaluza (Abbildung 1), welche die Zusammenhänge zwischen individuellen Merkmalen und Umwelt integrieren und deshalb in der Lage sind, verschiedene psychische Erkrankungen zu erklären (vgl. Hammer/Plössl 2013: 15ff., Hurrelmann 2006: 269ff., Kaluza 2011: 47f.). Expertinnen und Experten benennen auf der individuellen Ebene verschiedene Faktoren, welche als Ursache für eine psychische Erkrankung in Betracht kommen. Nachfolgend werden einige ausgewählte Bedingungen näher beleuchtet.

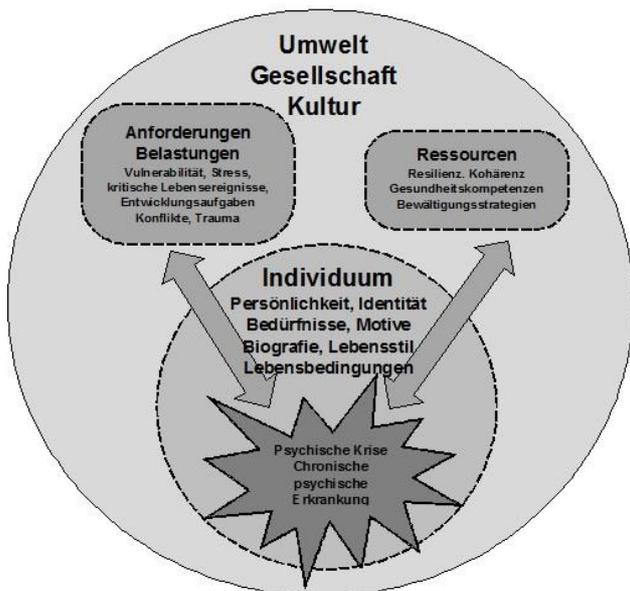


Abbildung 1: Anforderungs-Ressourcen-Modell (In Anlehnung an: Kaluza 2011: 47)

Kindheit

Traumatische Stresserfahrungen wie Vernachlässigung oder Missbrauch in den ersten Lebensjahren können im Gehirn Narben hinterlassen, welche die Hirnfunktionen bis auf die genetische Ebene beeinflussen und im späteren Lebensverlauf zu psychischen Störungen führen können (vgl. Ihde-Scholl 2014: 28, Grawe 2004: 356, <http://www.depression.ch> o.J.). Gemäss Grawe (vgl. 2004: 210–216) hat der Bindungsstil einen wesentlichen Einfluss auf die weitere Entwicklung eines Individuums. Frühe Bindungserfahrungen haben eine grosse Bedeutung für die psychische Gesundheit und vor allem der unsichere Bindungsstil wird als Risikofaktor für die Entstehung einer psychischen Störung gesehen (vgl. ebd.: 197). Dörner et al. (vgl. 2015: 101) stellen fest, dass ein häufiger Wechsel von Bezugspersonen, fehlende emotionale Bedürfnisbefriedigung, elterliches Sucht- und Gewaltverhalten in der frühen Kindheit anhaltenden Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung haben.

Grundbedürfnisse

Nach Grawe (2004: 184) gibt es „viele Hinweise darauf, dass eine schwere und dauerhafte Verletzung von Grundbedürfnissen letztlich die wichtigste Ursache für die Entwicklung psychischer Störungen ist und auch für deren Aufrechterhaltung eine wichtige Rolle spielt.“ In Bezug auf Epstein (1990, 1993) beschreibt Grawe vier Grundbedürfnisse des Menschen, welche sich auf die Interaktion des Individuums mit seiner Umwelt beziehen:

- Bedürfnis nach Orientierung, Kontrolle und Kohärenz
- Bedürfnis nach Lust
- Bedürfnis nach Bindung
- Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung

Grawe ergänzt diese mit dem Konzept der *Konsistenzregulation*. Konsistenz meint in diesem Zusammenhang die Beziehung *intrapsychischer* Prozesse und Zusammenhänge. Nach Ansicht des Autors sind *Konsistenzregulation* und Bedürfnisbefriedigung eng miteinander verknüpft (vgl. Grawe: 2004: 186f.). Dörner et al. (2015:291) führen aus, „dass irgendwann im Laufe des Lebens so gravierende Missverständnisse entstehen zwischen den Wünschen, Bedürfnissen, Antrieben des Menschen und den einschränkenden Bedingungen, die entweder real (...) oder sozial (...) sein können, und der Art, wie sie sich beim Menschen festsetzen, dass (...) Störungen auftreten.“

Übergänge und kritische Lebensereignisse

Übergänge und kritische Lebensereignisse werden sowohl in Studien als auch von Expertinnen und Experten als wesentliche Auslöser für eine psychische Erkrankung benannt. Übergänge sind Schlüsselerlebnisse und prägende Erfahrungen, welche den individuellen Alltag und die Routine verändern und einen Wechsel von sozialer Rolle und Status zur Folge haben. Solche Veränderung können mit einem hohen Mass von emotionalem Stress verbunden sein. Aufgrund der zunehmenden gesellschaftlichen Differenzierung haben Übergänge im Lebensverlauf zugenommen. Die sozial ritualisierte Unterstützung bei solchen Wendepunkten hat hingegen aufgrund der Deinstitutionalisierung abgenommen (vgl. Schroeter 2009: 38f., Wettstein 2016: 21f.). Individuen sind in der postmodernen Gesellschaft daher vermehrt auf eigene Ressourcen und Bewältigungskompetenzen angewiesen, um die vielfältigen Herausforderungen moderner Lebensbedingungen zu meistern. Gemäss Kaluza (vgl. 2011: 28f.) gelten kritische Lebensereignisse als Stressoren. Ob es in der Folge solcher Ereignisse zu einer Krise oder gesundheitlichen Störung kommt, hängt im Wesentlichen von der subjektiven Bedeutung ab, welche die betroffene Person dem Ereignis beimisst und wie die Bewältigung einer solchen Lebenssituationen gelingt.

Stress

Nach Kaluza (vgl. 2011: 12f.) werden umweltbedingte belastende Situationen und Ereignisse als *Stressoren* bezeichnet. Subjektive Bewertungen, Motive und Einstellungen agieren als persönliche *Stressverstärker*. Die physische und psychische Reaktion des Individuums auf diese Situation wird als *Stressreaktion* bezeichnet. Kaluza unterscheidet zwischen *physikalischen Stressoren* (Lärm, Hitze, Kälte, Nässe) *körperlichen Stressoren* (Verletzung, Schmerz, Hunger, Behinderung) *Leistungsstressoren* (Prüfungen, Zeitdruck) sowie *sozialen Stressoren* (Isolation, Konflikte, Verlust). Eine *Stressreaktion* kann wechselseitig sowohl auf der körperlichen und der kognitiv-emotionalen Ebene ablaufen als auch auf der Verhaltensebene. Subjektive Bewertungen lösen als *individuelle Stressverstärker* die *Stressreaktion* aus oder verstärken diese. In der Folge kann es zu einer Ermüdung oder Erschöpfung kommen und bei langandauernder Stressbelastung zu einer psychischen Krise oder einer chronischen psychischen Erkrankung (vgl. ebd.: 23ff.). Ein solches Stressgeschehen wird in Abbildung 2 dargestellt. Personen nehmen Ereignisse und Situationen unterschiedlich wahr und das Verhalten erfolgt aufgrund ihrer individuellen biologischen Ausstattung und ihrer biografischen Entwicklung. Risikofaktoren und Vulnerabilität (Verwundbarkeit) erhöhen den Stress und hemmen

oder verhindern gelingendes Coping (Bewältigung, Anpassung). Langfristiger Stress „führt zu subjektiver Beeinträchtigung des Wohlbefindens und zu objektiv messbaren Zeichen körperlicher und seelischer Krankheit oder zu Problemverhalten“ (Eppel 2007: 37).



Abbildung 2: Stressgeschehen (In Anlehnung an: Kaluza 2011: 13)

Risikofaktoren – Vulnerabilität

Risikofaktoren und Vulnerabilität werden in der Fachliteratur zum Teil synonym verwendet. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell ist ein Erklärungsmodell, welches die Wechselwirkungen zwischen der Anfälligkeit für eine bestimmte Krankheit und einer (Stress-)Belastung beschreibt. Für die Entwicklung einer psychischen Störung sind beide Faktoren von Bedeutung. Die Veranlagung kann sowohl genetisch bedingt oder auch biografisch erworben sein. Sind die Belastungen (Stressoren) zu gross und überschreiten sie die individuelle Grenze der Belastbarkeit, kommt es zur Bildung von Symptomen beziehungsweise zum Krankheitsausbruch (vgl. Wittchen/Hoyer 2011: 302).

Eppel (vgl. 2007: 39f.) beschreibt in Bezug auf Wustmann (2004) die folgenden personalen, psycho-sozialen und umweltbedingten Risikofaktoren in der Kindheit und im Alter, welche nach Ansicht der Autorin über die gesamte Lebensspanne wirken:

- Frühgeburt, Geburtskomplikationen, Erkrankungen des Säuglings
- genetische, neuropsychologische und psychophysiologische Faktoren
- chronische Erkrankungen und Schmerzen
- schwierige Temperaments- und Persönlichkeitsmerkmale

- unsicherer Bindungsstil
- geringe kognitive Fähigkeiten
- traumatische Erlebnisse
- Katastrophen und Erlebnisse von Krieg, Terror, politische Gewalt, Flucht
- schwere Unfälle und Gewalttaten, Missbrauch, Vernachlässigung
- beobachtete Gewalterlebnisse
- lebensbedrohliche Krankheit und belastende medizinische Massnahmen
- Tod oder Erkrankung von Bezugspersonen
- Armut
- prekäres Familien- und Wohnumfeld
- Arbeitslosigkeit
- Alkohol- und Drogenmissbrauch, Kriminalität und psychische Störungen eines oder beider Elternteile
- Obdachlosigkeit
- niedriges Bildungsniveau
- Migrationshintergrund
- Isolation, Einsamkeit
- Verlust von nahestehenden Personen
- Mobbing, Ablehnung
- Leistungsverlust und Abnahme von sensorischen und motorischen Funktionen
- Einschränkung der Mobilität

Schutzfaktoren – Ressourcen

Schutzfaktoren und Ressourcen sind zentral für die Bewältigung von Belastungen. Blaser und Amstad (vgl. 2016: 17f.) stellen in Bezug auf die psychische Gesundheit fest, dass verschiedene Ressourcen von Bedeutung sind. Sie unterscheiden zwischen *internen personalen Ressourcen* wie Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeitserwartung, Emotionsregulation, Kohärenzgefühl, Resilienz und *externen umgebungsbedingten Ressourcen* wie Autonomie/Handlungsspielraum und soziale Unterstützung/Beziehungen. Schuler et al. (vgl. 2016: 31) beziehen sich auf das Konzept der *Kontrollüberzeugung* von Rotter (1966). Darunter wird die subjektive Bewertung einer Person darüber verstanden, inwiefern sie das eigene Leben steuern kann. Schuler et al. stellen dar, dass ein Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und der Kontrollüberzeugung einer Person besteht. Aus ihrer Analyse geht hervor, dass 70 % der Personen, welche einer grossen psychischen Belastung ausgesetzt sind, gleichzeitig eine tiefe

Kontrollüberzeugung aufweisen (vgl. ebd.: 32). In Bezug auf die Entstehung und Behandlung von psychischen Beeinträchtigungen sind Schutzfaktoren und Ressourcen demnach wichtige und gesundheitsfördernde Kompetenzen.

Behandlung

Die Behandlung psychischer Erkrankungen hängt vom diagnostischen Prozess ab, welcher über verschiedene Beurteilungsschritte zu einer Gesamtbewertung führt. Durch Beobachtung und Interviews werden erste vorläufige Verdachtsdiagnosen gestellt, die im weiteren Verlauf der Behandlung durch weitere Fragen und psychologische, neuropsychologische und medizinische Untersuchungen und Methoden geprüft, angepasst und ergänzt werden (vgl. Wittchen/Hoyer 2011: 386ff.). Dabei erhalten Patientinnen und Patienten „entsprechend den Vorgaben des *DSM-IV* als auch der *ICD-10* (...) in der Regel mehrere Diagnosen“ (ebd. 2011: 407). Auf der Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse werden die Therapieziele und die Therapieform festgelegt, welche je nach Diagnose unterschiedlich ausfallen. Die Behandlung erfolgt meistens in einer Kombination von biomedizinischen (Psychopharmaka) und psychotherapeutischen Methoden (vgl. Gerig/Zimbardo 2008: 596, Ihde-Scholl 2014: 59). Auch sozialpsychiatrische Massnahmen und psychosoziale Rehabilitation gehören zu den Angeboten der psychiatrischen Versorgungslandschaft. Die Behandlung oder Therapie psychischer Erkrankungen erfolgt in der Regel in einem ambulanten, stationären oder tagesstationären Setting (vgl. Görres 2013: 140–150). Von 2006 bis 2016 haben ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen von erwachsenen Personen in der Schweiz um mehr als 40 % zugenommen. Die Rate der Hospitalisierungen wuchs zwischen 2012 und 2016 um 5,4 % (vgl. Schuler/Tuch/Peter 2018: 2f.). Die Autorinnen und Autoren des zitierten Berichts des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums gehen davon aus, dass die steigende Zahl der Behandlungen nicht als Folge „einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung“ zu sehen ist, sondern „vor dem Hintergrund einer informierten und bewussten Gesellschaft und (...) mit einem vereinfachten Zugang zu professioneller Hilfe“ zu erklären ist (vgl. ebd.: 4).

Zwangsmassnahmen

In Bezug auf psychische Störungen gibt es weitere normative Bestimmungen, welche sowohl auf der gesellschaftlichen als auch auf der individuellen Ebene relevant sind. Zwangsmassnahmen gehören in der Psychiatrie zum Praxisalltag und sie gehören zu den einschneidendsten Erlebnissen, welche eine betroffene Person erfahren kann.

Bezugnehmend auf die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (vgl. SAMW 2015: 43) werden folgende Definitionen verwendet:

- *Zwangsmassnahme*: Durchführung einer medizinischen Massnahme gegen den selbstbestimmten Willen oder den Widerstand eines Patienten, einer Patientin.
- *Zwangsbehandlung*: Medizinische Massnahme zur Erhaltung oder zur Wiederherstellung der Gesundheit, die gegen den Willen oder Widerstand eines Patienten, einer Patientin durchgeführt wird.

Solche medizinischen Massnahmen können Zwangsmedikation, Fixierungen und eine Isolation der Betroffenen sein (vgl. NKVF 2017: 7–11).

Gemäss Schuler, Tuch und Peter (vgl. 2018: 3) gab es 2016 in der Schweiz 14'580 Fälle von fürsorgerischen Unterbringungen. Dies entspricht einem Fünftel aller Psychiatriepatienten und Patientinnen. Seit Inkrafttreten des neuen Erwachsenenschutzrechts am 1. Januar 2013, darf eine Person, die an einer psychischen Störung, an einer geistigen Behinderung oder unter schwerer Verwahrlosung leidet, gemäss Art. 426 Abs. 1 des Zivilgesetzbuches (ZGB), gegen ihren Willen in einer geeigneten Einrichtung untergebracht werden, sofern die nötige Behandlung oder Betreuung nicht anders sichergestellt werden kann. Diese Massnahme wird als *fürsorgerische Unterbringung (FU)* bezeichnet und bedeutet für die Betroffenen einen massiven Eingriff in ihre verfassungsmässig garantierte persönliche Freiheit (vgl. SAMW 2017). Gesetzliche Grundlagen und die psychiatrischen Klassifikationssysteme bilden die Basis für diese Praxis. Der Psychotherapeut und Psychiatriekritiker Marc Rufer postuliert, dass Gewalt somit durch die Psychiatrie im staatlichen Auftrag ausgeübt wird. Sie werde jedoch verschleiert, da die Psychiatrie eine Ordnungsfunktion erfüllt und soziale Kontrolle ausübt. Eine psychiatrische Zwangsbehandlung sei vergleichbar mit Vergewaltigung, Folter und sexuellem Missbrauch und habe eine traumatisierende Wirkung zur Folge (vgl. Rufer 2007: 21f.).

Stigmatisierung

Tabuisierung, Stigmatisierung und Diskriminierung zählen zu den auffälligsten und belastendsten Begleitphänomenen psychischer Erkrankungen. Verschiedene Autorinnen und Autoren thematisieren und diskutieren diese Begriffe. Untersuchungen geben Hinweise darauf, dass die Stigmatisierung von psychischen Krankheiten in den letzten Jahren in Bezug auf gewisse Diagnosen zwar abgenommen habe, „die Stigmatisierung psychischer Störungen und die daraus resultierende Diskriminierung der Betroffenen“ bleibe jedoch weiterhin ein gesellschaftliches Problem (vgl. Schuler et al. 2016: 64). Finzen (vgl. 2013: 11) beschreibt, dass psychische Krankheiten mit gesellschaftlichen und

kulturellen Vorurteilen verbunden sind. Betroffene leiden deshalb unter Diskriminierung und Stigmatisierung. Die Folgen und das Leiden am Stigma können so stark sein, dass sie wie eine zweite Krankheit wirken (vgl. ebd.: 9). Gemäss Goffman kann Stigmatisierung zu einer *beschädigten Identität* führen. Dabei werde das betroffene Individuum sowohl von der Gesellschaft als auch von sich selbst getrennt (vgl. Goffman 2012: 30). Der gesellschaftliche Ausschluss führt ausserdem dazu, dass Betroffene ihr Leiden verbergen und in der Folge noch mehr belastet werden (vgl. Finzen 2013: 47). Die Stigmatisierung und ihre Auswirkungen werden dadurch für Betroffene zu einem Teil ihrer Biografie und ihrer Identität (vgl. ebd.: 43). In der Literatur und in Untersuchungen wird zwischen Fremd- und Selbststigmatisierung unterschieden. Im Arbeitspapier Entstigmatisierung von Public Health Schweiz (vgl. 2012: 5) wird eine gesellschaftliche, eine sozialpolitische und eine individuelle Ebene von Stigmatisierung beschrieben. Auf individueller Ebene reduziert Stigmatisierung das Selbstwertgefühl und das Selbstwirksamkeitserleben der Betroffenen und hindert sie daran, wichtige Lebensziele zu erreichen. Stigmatisierung kann ausserdem zu einer Unterschätzung, falschen Diagnosen und zu einer Unterbehandlung der psychischen Krankheit führen. Die negative Einstellung von anderen Personen wird von den Betroffenen übernommen, verinnerlicht und führt zur Selbststigmatisierung (vgl. ebd. 6).

3.3 Psychische Beeinträchtigung und Soziale Arbeit

Sowohl in der Schweiz als auch in den meisten europäischen Staaten sind die psychiatrische und die soziale Versorgung organisatorisch getrennt. Dies führt zu typischen Spannungsfeldern sowie Übergangs- und Zuständigkeitsproblemen (vgl. Briner 2012: 22). Ein Kooperationsmodell der Stadt Zürich, welches die Vernetzung von sozialer und psychiatrischer Hilfe im Lebensumfeld der Betroffenen leistet, erweist sich als Gewinn für alle Beteiligten (vgl. ebd.: 23). Koch und Canonica (vgl. 2012: 27) stellen fest, dass die Aktivierungspolitik und die Gegenleistungspflicht der aktuellen Sozialhilfepraxis für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung problematisch und kontraproduktiv sind. Die Autorin und der Autor des Berichts fordern deshalb mehr bedarfsorientierte freiwillige Angebote für betroffene Personen.

Staub-Bernasconi et al. (vgl. 2012: 29) beschreiben eine Zielsetzung Klinischer Sozialer Arbeit im Positionspapier zum professionellen Beitrag der Sozialen Arbeit bei Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen im stationären, teilstationären und ambulanten Gesundheitsbereich als „die *soziale (Re)Integration der Individuen* in ihre

relevanten sozialen Teilsysteme, die ihr *Wohlbefinden* [Hervorhebungen im Original] so gut als möglich zu gewährleisten vermögen (...).“ Das mehrdimensionale Integrationskonzept umfasst die körperliche, die psychisch/psychosoziale, die gesellschaftliche als auch die Ebene des Sozial- und Gesundheitswesens. Das Positionspapier (vgl. ebd.: 31f.) beschreibt des Weiteren die folgenden personenbezogenen Methoden, welche zur Erreichung dieser Ziele zur Anwendung kommen sollen:

- Sozio-ökonomische Ressourcenerschliessung
- Methoden der Bewusstseinsbildung und Identitätsentwicklung
- Methoden zur Entwicklung und Förderung von Handlungs- und Sozialkompetenzen
- Methoden zur sozialen Vernetzung
- Methoden im Umgang mit Machtlosigkeit und Gewalt
- Methoden der Befähigung (Empowerment und Anwaltschaftlichkeit)

Sommerfeld et al. (vgl. 2016: 179f.) unterscheiden vier Funktionsbereiche der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie:

- Sicherung der materiellen Versorgung
- Aktivierung und Begleitung von Lernprozessen im Lebensführungssystem
- Koordination und Vernetzung
- Prävention

Nachhaltige Hilfeprozesse müssen „am Fall und seiner psycho-sozialen Dynamik, das heisst an dem konkreten Lebensführungssystem und den darin sich stellenden Bewältigungsaufgaben jeder einzelnen psychisch kranken Person ansetzen (...).“ (ebd.: 188).

3.4 Biografiearbeit mit Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung

Biographiearbeit dient als Methode dem Verstehen und dem Auf- und Bearbeiten der sozialen Entwicklung des Individuums. Dörr (2004: 130) stellt fest, dass sich Professionelle der Sozialen Arbeit bewusst sein müssen, „dass das Erzählen von Lebensgeschichten als eine Bewältigungsform gelesen werden kann, mittels derer die Betroffenen sich Identität erschaffen und sich zugleich gegen erfahrene/gefürchtete von aussen her angetragene Fremddeutungen und Stigmatisierungen schützen können.“ Diese Arbeit geht von der These aus, dass Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung aufgrund ihrer Lebenslage und Lebensbedingungen in besonderem Masse vulnerabel und exponiert sind und dass ihre Identität geschwächt oder beschädigt ist. Dörr (2004: 132)

beschreibt, dass die biographische Perspektive Sozialer Arbeit „das Erzählen *und* [Hervorhebung im Original] das Zuhören als wichtige Funktionen für die Kranken bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung ihrer Identität und für die Herstellung von Sinn im eigenen Leben mit und trotz der Krankheit versteht.“ Biografiearbeit, wie sie in dieser Arbeit verstanden wird, kann als niederschwelliges Bildungs- und Entwicklungsangebot die Ressourcen und Kompetenzen der Betroffenen aktivieren, fördern und stärken und somit Genesungs- und Bewältigungsprozesse in Gang setzen. Zentrale Wirkfaktoren sind hierbei die Schutzfaktoren Kohärenz, Resilienz und Selbstwirksamkeit sowie die Stärkung und Stabilisierung der Identität.

3.5 Ethik in psychiatrischen Kontexten

In der Psychiatrie stehen die vier medizinischen Prinzipien Respekt vor der Patienten-Patientinnenautonomie, zum gesundheitlichen Wohl des Patienten, der Patientin handeln, Schaden vermeiden und Gerechtigkeit im Vordergrund (vgl. Vollmann 2017: 13). Vollmann (2017: 10) stellt fest, dass „viele ethische Konflikte in der psychiatrischen Praxis (...) im Spannungsfeld zwischen dem Respekt vor dem selbstbestimmten Willen des Patienten und der Verpflichtung der Gesundheitsberufe, zum gesundheitlichen Wohl ihrer Patienten zu handeln [liegen].“ In der Psychiatrie Tätige würden deshalb dazu neigen, Patienten und Patientinnen bevormundend zu behandeln (vgl. ebd.). Das konfliktreiche Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und Bevormundung ist daher ein viel diskutiertes und dokumentiertes Thema in psychiatrischen Kontexten. Die Selbstbestimmungsfähigkeit spielt in der Psychiatrie eine wichtige Rolle „weil Selbstbestimmungsunfähigkeit bei Patienten mit psychischen Krankheiten häufiger ist als in anderen Patientengruppen und weil (...) Zwangsbehandlungen rechtlich nur unter der Bedingung der Selbstbestimmungsunfähigkeit des Patienten durchgeführt werden dürfen“ (ebd.: 28f.). Selbstbestimmung als Wert und Selbstbestimmungsfähigkeit als Kompetenz sind daher wesentliche Faktoren in Bezug auf die in dieser Arbeit behandelte Personengruppe. Ein signifikantes Problem in psychiatrischen Kontexten sei die Realität, dass den Betroffenen aufgrund ihrer Krankheit die Selbstbestimmungsfähigkeit abgesprochen und die Handlungsentscheidung abgenommen werden kann (vgl. Kaminsky 2013: 174). Kaminsky (vgl. ebd.: 170) stellt weiterhin fest, dass Werte und die Auseinandersetzung mit Werthaltungen und Werturteilen zentrale Grundlagen der Sozialen Arbeit darstellen. Die fundamentalen Werte moderner Gesellschaften sind Menschenwürde, Freiheit, Gerechtigkeit und Wohlfahrt (vgl. ebd.: 171). Selbstbestimmung wird in der Sozialen Arbeit

als Grundwert und Dimension von Menschenwürde gesehen und ist im Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz als ethische Richtlinie verankert (vgl. AvenirSocial 2010: 8, Schmid Noerr 2012: 187). Kaminsky (vgl. 2013: 173) weist darauf hin, dass solche spezifischen Leitlinien für das professionelle Handeln von Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie bisher noch fehlen. Sozialarbeitende seien deshalb darauf verwiesen, Handlungsentscheidungen und Handlungsweisen mit Bezug auf die Grundwerte und Handlungsprinzipien der Sozialen Arbeit zu begründen.

3.6 Zwischenfazit

Im dritten Kapitel erfolgten ein Überblick und eine Analyse theoretischer Grundlagen und Begriffsbestimmungen in Bezug auf das Phänomen psychische Erkrankungen. Es wurde festgestellt, dass eine einheitliche Definition und Grundhaltung in Bezug auf psychische Erkrankungen fehlen. Im weiteren Verlauf wurden sowohl individuelle als auch umweltbedingte Ursachen dargestellt, welche die Entstehung einer psychischen Krankheit massgeblich beeinflussen und die Lebenslage, die Lebensbedingungen sowie die Biografie und die Identität betroffener Menschen formen. Des Weiteren wurde der aktuelle Behandlungsprozess in der Praxis beschrieben sowie verschiedene Folgeerscheinungen, welche den Leidensdruck und die Belastung von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung zusätzlich erhöhen. Schliesslich wurde der professionelle Beitrag beschrieben, welcher die Soziale Arbeit in Bezug auf die Praxis mit Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung leisten kann. Im Zusammenhang mit den Ausführungen in dieser Arbeit zur aktuellen ethischen Diskussion in der Psychiatrie konnte festgestellt werden, dass die Fähigkeit zur Selbstbestimmung und die Handlungsfähigkeit relevante Bezugspunkte zu den anderen Themen und zur Fragestellung dieser Arbeit darstellen. Das vierte Kapitel befasst sich mit Gesundheitsförderung und Recovery und deren Bedeutung für die Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit.

4 Gesundheitsförderung und Recovery in der Sozialen Arbeit

Am Beispiel der Lebenserwartung lässt sich heute darstellen, wie gesellschaftliche Faktoren und soziale Prozesse die Gesundheit und das Wohlbefinden eines Menschen über den gesamten Lebensverlauf beeinflussen. Eine soziologische Perspektive und Denkweise ist für ein umfassendes und modernes Verstehen von gesundheitlichen Prozessen daher unumgänglich (vgl. Richter/Hurrelmann 2016: 4). In diesem Kapitel werden deshalb einige Begriffe, Modelle und Konzepte beschrieben, welche in Bezug zu den Themen und Fragestellungen dieser Arbeit stehen.

4.1 Begriffsdefinitionen

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Gemäss verschiedener Autorinnen und Autoren hat Soziale Arbeit eine lange Tradition im Gesundheitswesen (vgl. Homfeldt/Sting 2011: 574, Sommerfeld et al. 2016: 9). 2018 wurde in einer Zusammenarbeit des Schweizerischen Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (sages) und dem Berufsverband der Sozialen Arbeit (AvenirSocial) (https://www.sages.ch/wp-content/uploads/2018/09/Leitbild_Soziale_Arbeit_im_Gesundheitswesen.pdf) ein Leitbild erarbeitet, welches den Gegenstand der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen wie folgt beschreibt:

1. die Förderung sozialer Teilhabe und gelingender Lebensführung von Menschen, die direkt oder indirekt von gesundheitlicher Beeinträchtigung (krankheits- oder unfallbedingt) betroffen oder bedroht sind.
2. die Verhinderung und Bewältigung sozialer Probleme, die aus gesundheitlichen Beeinträchtigungen entstehen bzw. zu diesen führen.

Im Fokus von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen stehen demnach die folgenden Personengruppen in ihrer jeweiligen Lebenswelt: Menschen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung, von Erkrankung bedrohte Menschen und ihre Angehörigen.

Gesundheitsförderung

Der Begriff und das Konzept der Gesundheitsförderung steht im Zusammenhang mit der Philosophie und den Strategien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Verabschiedung der Ottawa-Charta (WHO, 1986). Das Salutogenesemodell, Partizipation und Empowerment sind Grundkonzepte der Gesundheitsförderung, welche die Bezugspunkte zu sozialen Bewegungen und der Sozialwissenschaft darstellen. Gesundheitsförderung konzentriert sich auf die Faktoren und Bedingungen von Gesundheit und Wohlbefinden und fokussiert auf die Lebenswelt und die Lebensbedingungen von Individuen und deren Beschaffenheit. Gesundheitsfördernde Interventionen beziehen sich entweder auf das Individuum, das soziale Umfeld oder die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (vgl. Altgeld/Kolip 2018: 57ff.).

Diese Arbeit beschränkt sich auf gesundheitsfördernde Massnahmen und deren Wirkung auf der individuellen Ebene. Das Ziel ist die Stärkung und Förderung von Ressourcen, persönlichen Kompetenzen und Schutzfaktoren. Professionelle Soziale Arbeit und demnach auch Biografiearbeit soll im Sinne der Ottawa-Charta als Hilfe zur Selbsthilfe und Befähigung (Empowerment) verstanden und professionelle Methoden sollen partizipativ und klientinnen- und klientenorientiert gestaltet werden (vgl. Faltermaier 2017: 360). Das Modell der Gesundheitsförderung sieht vor, dass sich Ansätze und Massnahmen auf ausgewählte Settings wie Betriebe, Familien und Kommunen sowie auf Zielgruppen mit einem hohen Bedarf und einem besonderen Risiko richten sollen (vgl. Faltermaier 2018: 109). Personen, welche unter psychischen, materiellen und sozialen Beeinträchtigungen leiden, sind demnach eine bedeutende Zielgruppe für gesundheitsfördernde Ansätze und Interventionen. Faltermaier stellt fest, dass bestehende gesundheitsfördernde Programme eine umfassende Analyse individueller Ressourcen und Kompetenzen von erwachsenen Personen und deren Biografien und Lebensbedingungen bisher vernachlässigen (vgl. ebd.: 111).

Recovery

Recovery wird in der psychiatrischen Landschaft von verschiedenen Expertinnen und Experten als Bewegung verstanden, welche ihren Ursprung in den 1990er-Jahren hat. Viele betroffene Menschen haben seitdem ihre Auseinandersetzung mit einer psychischen Erkrankung öffentlich gemacht, ihre Erfahrungen geteilt und dadurch andere Betroffene ermutigt (vgl. Bening/Schläppi 2016: 4). Recovery wird ebenfalls als professionelle Haltung und personenzentrierter Ansatz beschrieben, welcher sich an den persönlichen Werten, Zielen und Bedürfnissen jedes einzelnen betroffenen Menschen

orientiert (vgl. Amering/Schmolke 2006: o.S.). Gemäss Kammer-Spohn (vgl. 2013: o.S.) ist Recovery ein lebenslanger Prozess. Eine recoveryorientierte Praxis umfasst die Schlüsselwerte Personenorientierung, Einbezug der Betroffenen, Selbstbestimmung, Wahlfreiheit und die Wertschätzung und Akzeptanz eines Entwicklungspotenzials. Wenn Betroffene die eigene Biografie und den eigenen Lebensweg verstehen und akzeptieren und ihre Krankheit in die eigene Lebensgeschichte integrieren können, erhalten sie die Möglichkeit, ihr Leben als sinnvoll und lebenswert wahrzunehmen. Knuf (2016: 12) beschreibt Recovery als „einen Prozess der Auseinandersetzung des Betroffenen mit sich selbst und seiner Erkrankung (...), welcher dazu führt, dass die Person trotz ihrer psychischen Probleme in der Lage ist, ein hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen.“ Hoffnung und Zuversicht und die Förderung von Hoffnung durch Fachpersonen wird von vielen Betroffenen als besonders wichtig und hilfreich in diesem Prozess beschrieben (Knuf 2016: 19, Repper 2009: 5). Recoveryorientiertes Arbeiten bedeutet auch die Lösung von Defiziten und Problemen und die Fokussierung auf Ressourcen und Fähigkeiten (vgl. Knuf 2016: 24). Ebenso wird das Recht auf Selbstbestimmung von Menschen mit Psychiatrieerfahrung nachdrücklich eingefordert, weil psychiatrischen Klienten und Klientinnen sowohl in der Vergangenheit als auch in der aktuellen Praxis aufgrund ihrer Diagnosen das Recht auf Selbstbestimmung abgesprochen werden kann (vgl. ebd.: 40). Amering und Schmolke (vgl. 2007: 12) postulieren, dass recoveryorientiertes Handeln von Fachpersonen eine ganzheitliche Sichtweise auf das Individuum mit all seinen Werten und Fähigkeiten und seiner einzigartigen Biografie voraussetzt. Recovery als Weg und Entwicklung soll Menschen dazu befähigen, die psychische Erkrankung zu bewältigen und ein selbstbestimmtes und sinnerfülltes Leben zu führen. Ein Recovery-Prozess soll Widerstandskraft und Resilienz aufbauen und stärken, um betroffene Personen vor Resignation, Hoffnungslosigkeit und Selbststigmatisierung zu schützen (vgl. ebd.: 17).

4.2 Grundlagen und Verbindungslinien

Amering und Schmolke (vgl. 2007: 82–91) weisen darauf hin, dass ein gemeinsames, umfassendes und ganzheitliches Gesundheitsverständnis die Verbindungslinie zwischen Gesundheitsförderung und Recovery darstellt. Sowohl die Gesundheitsförderung als auch das Recovery-Konzept gehen davon aus, dass Gesundheit und Krankheit ein Kontinuum mit einem prozesshaften Verlauf darstellen. Gesundheit und Krankheit werden von Menschen höchst subjektiv eingeschätzt und sie sind Bestandteile individueller

Biografien. Beide Modelle fokussieren eine salutogenetische Perspektive und positiv formulierte Inhalte wie Hoffnung, Stärke, Optimismus, Gesundheit, Resilienz, Bewältigung. Durch das gemeinsame Verständnis können diese beiden Bereiche voneinander lernen und sich gegenseitig inspirieren.

4.3 Identität und personale Ressourcen

Identität

Nach Hurrelmann (vgl. 2006: 38f.) bedeutet der Begriff Identität ein positives Selbstbild und die Stabilität und Fortdauer der Selbstwahrnehmung über den gesamten Lebens- und Entwicklungsverlauf. Nach Ansicht des Autors ist die Identität die Basis einer gesunden Persönlichkeitsentwicklung. Bewältigungskompetenzen, soziale Beziehungen und Netzwerke sieht er als Voraussetzungen für die Identität und eine selbstständige und selbstbestimmte Handlungsfähigkeit des Subjekts. Mangelnde Kongruenz zwischen persönlichen Bedürfnissen, Motiven und Interessen und den gesellschaftlichen und sozialen Erwartungen sieht er als Ursache für sozial unangepasstes und gesundheitsschädigendes Verhalten. Für Faltermaier (vgl. 2017: 309) ist der Begriff Identität zu allgemein und zu ungenau. Er differenziert das Konzept der Identität in drei Dimensionen: das (kognitive) Selbstkonzept, das (emotionale) Selbstwertgefühl und die (motivationale) Kontrollüberzeugung. Nach (2011: 637) ist Identität und Identitätsbildung ein Prozess unaufhörlicher und „alltäglicher Identitäts- und Passungsarbeit“ zwischen innerer und äusserer Realität. Die Passung sichert die Handlungsfähigkeit und „das ‚Identitätsgefühl‘ [Hervorhebung im Original] bildet die subjektive Authentizitätserfahrung.“ Für diese Identitäts- und Passungsarbeit in der Spätmoderne hat Keupp den Begriff der Patchwork-Identität eingeführt. Auf die Frage, wie Identitätsarbeit und Lebensbewältigung in der Gegenwartsgesellschaft gelingen können, nennt Keupp verschiedene Ressourcen und Lebenskompetenzen, welche für eine gelingende Lebensbewältigung erforderlich sind. Menschen müssen ihre eigene Lebenserzählung finden, welche einen kohärenten Bedeutungszusammenhang konstituiert. Sie sollen auf der Basis der Identität, der Werte, der sozialen Beziehungen und der gesellschaftlichen Partizipation die eigenen Grenzen finden und ziehen. Soziale Netzwerke, Zugehörigkeit und Anerkennung sowie interkulturelle und zivilgesellschaftliche Kompetenzen gehören ebenfalls zu den relevanten Fähigkeiten, welche nach Keupp eine gelingende Lebensbewältigung unterstützen (vgl. Keupp 2011, Mai 2005: o.S.). Abels betont, dass Identität eine Konstruktion ist (vgl. 2017: 422). Er meint, dass Identität mit dem Wissen um die eigene Biografie

gleichzustellen ist. In Bezug auf die Entwicklung des Individuums bedeutet Identität „die Vergangenheit mit der Gegenwart in einer sinnvollen Ordnung zu halten und die Zukunft planvoll anzugehen.“ (ebd.: 197f.) In Bezug auf die Interaktion und die soziale und gesellschaftliche Dimension heisst Identität, „dass sich das Individuum seiner Einzigartigkeit und seiner Normalität zugleich bewusst ist und dass es beides zeigt“ (ebd.: 199). Auch Abels benennt den gesellschaftlichen Wandel und die Pluralisierung als Ursache der zunehmenden Orientierungslosigkeit von Individuen. Der Autor beschreibt eine Fähigkeit die er „bewegliches Denken“ nennt, welche Identität und Identitätsarbeit als Aufgabe meint, um den An- und Herausforderungen der modernen Lebensgestaltung gerecht zu werden. Um das eigene Selbstbild aufrechtzuerhalten und den Erwartungen der anderen Menschen standzuhalten oder sich gegebenenfalls durchzusetzen, brauche es allerdings einigen Mut (vgl. ebd.: 435–439).

Personale oder persönliche Ressourcen

In der Fachliteratur werden die individuellen Ressourcen in verschiedene Klassen eingeteilt. Zu den persönlichen physischen Ressourcen gehören eine stabile körperliche Konstitution und ein robustes Immunsystem sowie Gesundheit, Fitness und physische Attraktivität. Die psychischen Ressourcen werden aufgeteilt in kognitive Ressourcen wie Selbstwertgefühl, (Selbst)Wirksamkeitsüberzeugung, Zuversicht, Lebenssinn, Problemlöse- und Bewältigungsfähigkeit, Engagement, Leistungsfähigkeit und Bildung sowie emotionale Ressourcen und Persönlichkeitseigenschaften wie zum Beispiel emotionale Stabilität, Optimismus, emotionale Intelligenz, differenzierte Selbst- und Identitätsentwicklung. Eine weitere Einteilung erfolgt in interpersonelle psychische Ressourcen. Diese kommen in der Interaktion mit anderen Personen aus dem sozialen Nahraum und dem erweiterten sozialen System zum Ausdruck. Beispielhaft werden hier Beziehungsfähigkeit, Empathie, Konflikt- und Kritikfähigkeit, Respekt, Toleranz, Verträglichkeit, Verlässlichkeit und Integrationsfähigkeit genannt. Die ökonomischen Ressourcen wie Erwerbseinkommen und Kapital bilden die letzte Gruppe der Personenressourcen (vgl. Schubert/Knecht 2012: 21f.).

In den folgenden Abschnitten werden beispielhaft ausgewählte Modelle wie das Kohärenzgefühl, Resilienz und Selbstwirksamkeit vorgestellt, welche zu den personalen gesundheitsfördernden Ressourcen gezählt werden und als Schutzfaktoren dienen und welche, wie in Kapitel 2 beschrieben, durch Biografiearbeit gefördert werden können.

Kohärenzgefühl

Die Begriffe Kohärenzgefühl oder Kohärenzsinn gehen auf das theoretische Modell der Salutogenese des Soziologen Aaron Antonowsky (1923–1994) zurück. In diesem Modell stehen gesunderhaltende und gesundheitsfördernde Einflüsse und Ressourcen im Zentrum (vgl. Faltermaier 2017: 83). Faltermaier (2017: 79) beschreibt das Kohärenzgefühl wie folgt:

Das Kohärenzgefühl besteht aus drei Komponenten: 1. dem Gefühl der Verstehbarkeit (*„sense of comprehensibility“*), also einer Überzeugung, dass die eigene Lebenswelt kognitiv klar, verstehbar und strukturiert ist (im Gegensatz zu chaotisch); 2. dem Gefühl der Bewältigbarkeit (*„sense of manageability“*), also der Grundüberzeugung und Zuversicht einer Person, dass die im Leben auf sie zukommenden Anforderungen mit den eigenen Ressourcen im Wesentlichen zu bewältigen sind; 3. dem Gefühl der Sinnhaftigkeit (*„sense of meaningfulness“*) [Hervorhebungen im Original], einem Grundgefühl, dass das eigene Leben sinnvoll ist und es wert ist, Energie dafür zu investieren.

Gemäss Knoll, Scholz und Rieckmann (2013: 130) konnte in verschiedenen Studien gezeigt werden, „dass Personen mit hohem Kohärenzsinn über höheres subjektives Wohlbefinden und über bessere körperliche Gesundheit verfügen.“ In Bezug auf Bengel et al. (2002) stellt Hölzle (vgl. 2011b: 73) fest, dass das Kohärenzgefühl nicht wie von Antonowsky angenommen ab zirka 30 Jahren stabil bleibt, sondern dass es sich über den gesamten Lebensverlauf beeinflussen lässt und sich im Alter sogar verstärkt. Das Kohärenzgefühl wird zudem durch weitere individuelle Widerstandsressourcen wie Bildung, Intelligenz, Selbstvertrauen und ein positives Selbstgefühl beeinflusst (vgl. Keupp 2012: 49).

Resilienz

In den letzten Jahrzehnten gewann das Konzept der *Resilienz* in der gesundheitsorientierten Theorie und Praxis zunehmend an Bedeutung. Schubert (2012: 211) beschreibt Resilienz „als Prozess wie auch als Ergebnis der gelingenden Auseinandersetzung mit (hoch) belastenden Lebensbedingungen (...).“ Auf der Webseite des Klaus-Grawe-Institut für psychologische Therapie (Braun 2018: o.S.) wird der Begriff Resilienz sehr prägnant beschrieben:

Resilienz beschreibt schützende Faktoren und Widerstandsfähigkeit bei widrigen, belastenden Umständen. Resilienz versucht das Phänomen, dass manche Individuen trotz bestehender Risikofaktoren oder Stressbelastungen keine psychischen Störungen entwickeln oder sich schnell von traumatischen Erlebnissen erholen und an ihren Krisen wachsen, zu erklären. Resilienz bedeutet demnach das Vorhandensein einer Widerstandsfähigkeit gegenüber pathogenen Umständen sowie die Fähigkeit, Krisen durch persönliche Ressourcen zu meistern und sie als Entwicklungschance zu nutzen. (...) Resilienz ist eine sich entwickelnde Fähigkeit, die sich bei steigenden Ressourcen erhöhen kann und demnach auch bei Erwachsenen bedeutend und förderbar ist. Resilienzfaktoren sind immer situationsabhängig und variieren im Laufe des Lebenszyklus.

Sowohl das Modell der Salutogenese als auch das Konzept der Resilienz beziehen sich auf Stressoren und Risikofaktoren und die erfolgreiche Bewältigung solcher Belastungen als Bedingung für Gesundheit und eine gesunde psychische Entwicklung (vgl. Faltermaier 2017: 81).

Selbstwirksamkeit

Das Konzept der Selbstwirksamkeit oder Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) wurde vom Psychologen Albert Bandura in den 1970er Jahren entwickelt und den psychologischen und soziologischen Lerntheorien hinzugefügt (vgl. Gerrig/Zimbardo 2008: 528, Hurrelmann 2006: 66). Selbstwirksamkeit beschreibt die individuelle Einstellung und Einschätzung einer Person, ob und wie schwierige Situationen und Herausforderungen mithilfe eigener Fähigkeiten und Handlungskompetenzen erfolgreich überwunden werden können. Bezugnehmend auf Bandura unterscheiden Abderhalden et al. (vgl. 2019: o.S.) vier Faktoren, welche die Selbstwirksamkeit beeinflussen und stärken.

- Die eigene direkte Erfahrung mit Herausforderungen und deren Bewältigung in der Vergangenheit.
- Die Beobachtung oder stellvertretende Erfahrung wie eine andere Person eine vergleichbare Aufgabe bewältigt.
- Die symbolische Erfahrung durch den Zuspruch und die Ermutigung durch andere, als glaub- und vertrauenswürdig eingeschätzte Personen.
- Körperliche und emotionale Empfindungen: positive Gefühle und Empfindungen motivieren und stärken die Selbstwirksamkeit. Negative Emotionen beeinträchtigen die Selbstwirksamkeit und den eigenen Handlungs- und Bewältigungsspielraum.

Knoll, Scholz und Rieckmann (vgl. 2013: 31) kommentieren zum Modell der Selbstwirksamkeit, dass eine hohe Selbstwirksamkeit allein nicht ausreicht, um das Verhalten einer Person zu beeinflussen. Dazu brauche es weitere Elemente wie Absicht, Planung und andere Selbstkompetenzen. Knuf (vgl. 2016: 78f.) stellt fest, dass das Selbstwirksamkeitsgefühl von Personen mit Psychiatrieerfahrung sehr schwach ausgeprägt sei, weil die Bedingungen im psychiatrischen Kontext, durch die einseitige pathologische Sicht- und Denkweise und die Medikamentenwirkungen die Erfahrung von Selbstwirksamkeit hemmen.

4.4 Zwischenfazit

In diesem Kapitel wurden die Modelle Gesundheitsförderung und Recovery sowie deren Grundlagen und Gemeinsamkeiten vorgestellt. Im weiteren Verlauf des Kapitels wurden die Begriffe Identität und personale Ressourcen erklärt und deren Bedeutung für die Bewältigung von herausfordernden Situationen und individuellen Problemlagen. Beispielhaft wurden die Modelle Kohärenz, Resilienz und Selbstwirksamkeit als wesentliche Ressourcen beschrieben sowie deren Einfluss auf die (psychische) Gesundheit.

Im folgenden Kapitel sollen die verschiedenen Themen dieser Arbeit zusammengefasst und in einen kohärenten Zusammenhang gebracht werden.

5 Schlussfolgerung

Die soziologische Perspektive auf menschliches Denken, Fühlen, Handeln und psychische Phänomene muss nach Ansicht der Verfasserin dieser Arbeit erweitert und sozialwissenschaftliche Erkenntnisse müssen in medizinischen und psychiatrischen Kontexten mehr Beachtung finden. Obwohl sozialwissenschaftliche Erkenntnisse in die naturwissenschaftlichen Domänen und Disziplinen vorgedrungen sind, sind diese auf der praktischen Ebene, insbesondere in der Psychiatrie, wenig sichtbar (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 5ff.). Kiel (2004: 115) postuliert, dass „das Verhältnis von Biographie, Krankheit, Gesundheit und Medizin (...) neu bestimmt werden [muss] und die Forderung nach mehr Patientenorientierung, Patientensouveränität und Patientenbeteiligung darf nicht zur Floskel in den Gutachten der Sachverständigen und den Sonntagsreden der Politik verkommen.“ Kiel (2004: 119) beschreibt des Weiteren Diagnosen als Bilder, „hinter denen das biographische Geheimnis der Erkrankung zunächst verschlossen bleibt.“ Diese Bilder würden den Expertinnen und Experten dabei helfen, „die Vielfalt menschlicher Erkrankungen nach wissenschaftlichen Kriterien zu ordnen.“ Damit sei „die Norm für das, was medizinisch Krankheit heisst, der Diagnostik und dem Verstehenshorizont auf professioneller Seite schon vorausgesetzt“ (ebd.: 120).

Soziale Arbeit befasst sich in allen Arbeitsfeldern mit Individuen und deren Lebenswelt und Lebensbedingungen. Biografiearbeit stellt eine Handlungsmethode dar, welche in der Sozialen Arbeit von hoher Bedeutung ist und welche als Massnahme zur (Wieder-)Herstellung gelingender Lebensführung, Wohlbefinden und Gesundheit und zur Bewältigung von herausfordernden Situationen und Lebenskrisen eingesetzt wird. Krankheitsarbeit sei biographische Arbeit und bedürfe den Schutz und die Unterstützung des Patienten bei der Arbeit am eigenen Selbst. Diese sei eine Art Menschenrecht und gehöre zur Unantastbarkeit seiner Würde beschreibt Kiel (vgl. ebd.:121). Das Ziel dieser theoretischen Analyse und dieser Arbeit war die Beantwortung der Frage, welche Bedeutung Biografiearbeit in der Sozialen Arbeit mit erwachsenen Personen mit einer psychischen Beeinträchtigung hat und welchen Beitrag sie zur Linderung und Reduzierung von individuellen Problemlagen leisten kann. Um diese Frage zu beantworten, wurden in Kapitel 2 ausgewählte Grundlagen von Biografiearbeit und deren gesundheitsfördernde Wirkung beschrieben. Es wurde festgestellt, dass Biografiearbeit individuelle Prozesse der Entwicklung und Bildung fördern und unterstützen kann. In Bezug auf die im dritten Kapitel vorgestellte Personengruppe wurde ersichtlich, dass betroffene Personen durch Erinnerungsarbeit ihre Identität, ihre (Lebens-)Kompetenzen und Ressourcen stärken und

erweitern und somit mehr Selbstbestimmung und Handlungsfähigkeit erlangen können. Darüber hinaus kann Biografiearbeit als Bildungs- und Entwicklungsangebot Menschen dazu befähigen, ihre Rechte und Bedürfnisse besser zu verstehen und wahrzunehmen. Voraussetzung dafür ist das Interesse und die Bereitschaft, sich auf einen solchen Prozess einzulassen. Die Verfasserin dieser Arbeit beobachtet in ihrer langjährigen beruflichen Tätigkeit mit erwachsenen Menschen mit einer psychischen Erkrankung, dass diese aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung und deren Behandlung nicht immer in der Lage sind, diese Bereitschaft zu gewährleisten. Deshalb sind Information, Aufklärung und Sensibilisierung über Biografiearbeit in sozialarbeiterischen und vor allem in psychiatrischen Settings und Kontexten unbedingt erforderlich. Solche niederschwellige (ambulante) personenbezogene Möglichkeiten und adressatengerechte Angebote müssen vermehrt geschaffen werden. Im vierten Kapitel wurden schliesslich die Gemeinsamkeiten von Gesundheitsförderung und Recovery in Bezug auf Identitätsentwicklung und personale Ressourcen herausgearbeitet und dargestellt. Dadurch konnte die Verbindung zu Biografiearbeit hergestellt und deren gesundheitsfördernde und recoveryorientierte Wirkung verdeutlicht werden.

5.1 Beantwortung der Fragestellung

Diese Arbeit stellte bezugnehmend auf die Ausgangslage und die dargestellten Aussagen und Erkenntnisse die Fragen:

- *Welchen Beitrag kann Biografiearbeit in der Sozialen Arbeit mit erwachsenen Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung leisten?*

Biografiearbeit in der Sozialen Arbeit mit erwachsenen Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung ist sinnvoll und notwendig, weil durch die Bildung und Entwicklung der Identität und der personalen Ressourcen mittels Biografiearbeit die Selbstbestimmung gestärkt und die Handlungsfähigkeit der Betroffenen erhöht wird.

In Kapitel 3 wurden die Lebenswelt und die Lebensbedingungen von erwachsenen Menschen mit einer psychischen Krankheit beschrieben. Aufgrund der dargestellten Erkenntnisse lässt sich festhalten, dass betroffene Menschen aus der Erinnerungsarbeit und dem biografischen Aufarbeiten der eigenen Lebensgeschichte einen hohen Nutzen ziehen können. Es ist deshalb von zentraler Bedeutung, mit betroffenen Menschen biografisch zu arbeiten.

- *Welche Voraussetzungen und welche institutionellen Rahmenbedingungen sind nötig, um mit Personen dieser Zielgruppe biografisch zu arbeiten?*

Als wichtigste Voraussetzung für Biografiearbeit sieht die Verfasserin dieser Arbeit die Freiwilligkeit, die Bereitschaft der Adressaten und Adressatinnen zur Kooperation und das Interesse ein solches Angebot anzunehmen. Biografisches Arbeiten braucht Zeit und Raum. Deshalb müssen auf der organisationalen Ebene diese Strukturen vorhanden sein oder geschaffen werden.

- *Welchen besonderen fachlichen Herausforderungen begegnen Professionelle in der Biografiearbeit mit psychisch beeinträchtigten Personen?*

Die Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie kann für Fachpersonen ebenso eine Schwierigkeit sein wie für die Betroffenen. Das Verhalten, das Denken und die Kommunikation von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung können als ungewohnt oder auffällig wahrgenommen werden und die physische und psychische Verfassung von betroffenen Menschen ist aufgrund der Symptome und der Behandlung instabil und eingeschränkt. Diese Realitäten können für das biografische Arbeiten mit betroffenen Personen ein Hindernis darstellen oder als Störungen und Widerstand auftreten. Ethische Konflikte und Spannungsfelder in der psychiatrischen Versorgungslandschaft und in anderen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit gehören ebenfalls zu den Herausforderungen, mit welchen sich Fachpersonen auseinandersetzen müssen.

- *Über welche methodischen Kompetenzen müssen Fachpersonen verfügen, um mit Personen mit einer psychischen Beeinträchtigung biografisch zu arbeiten?*

Die Kompetenzen für biografisches Arbeiten wurden in den Unterkapiteln 2.2 und 2.4 ausführlich dargestellt. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass auf der fachlichen Ebene eine professionelle dialogische Haltung, biografische (Selbst-)Kompetenzen und Selbstreflexion, Fachwissen in Bezug auf die Adressatinnen- und Adressatengruppe und zur Gestaltung und Moderation von Gruppenprozessen sowie Beziehungsgestaltungskompetenzen notwendig sind. Um diese Kompetenzen zu erarbeiten, braucht es die entsprechenden Aus- und Weiterbildungsangebote.

5.2 Ausblick und weiterführende Fragen

Bezugnehmend auf die Ausgangslage, die Ausführungen und die Erkenntnisse dieser Arbeit lassen sich weitere Fragen im Zusammenhang mit Biografiearbeit als gesundheitsförderndes und recoveryorientiertes Bildungs- und Entwicklungsangebot in der Sozialen Arbeit mit erwachsenen Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung

formulieren. Wie können Angebote für psychosoziale und biografische Beratung in der Praxis realisiert werden? Wie kann Soziale Arbeit als Profession ihre Identität, ihre Perspektive und ihre Gegenwärtigkeit in medizinischen Kontexten wie der Psychiatrie stärken? Und den Fokus vermehrt auf die psychosozialen Faktoren lenken, welche zu einer psychischen Erkrankung führen können? Welche gesellschaftlichen und organisationalen Veränderungen sind in Bezug auf die in dieser Arbeit beschriebenen Personengruppe nötig und wie können diese eingeleitet werden?

5.3 Kritische Reflexion

Diese Arbeit fokussierte die Entwicklung und die Bildung von Individuen und deren Förderung durch Biografiearbeit. Genauso wichtig und nötig sind jedoch auch strukturelle, gesellschaftliche und politische Veränderungen und Anpassungen im Zusammenhang mit den Themen dieser Arbeit. Die Verfasserin vermutet, dass dazu weiterhin eine gesamtgesellschaftliche Reflexion und Aufklärung erforderlich ist. Deshalb müssen Erkenntnisse aus der *community of science* vermehrt durch Information, Wissensvermittlung und Bildungsangebote öffentlich zugänglich und nutzbar gemacht werden. Verschiedene Themen dieser Arbeit, beispielsweise ethische Fragen und Spannungsfelder in psychiatrischen Kontexten, konnten nur ansatzweise bearbeitet werden. Ihre Erwähnung war jedoch wichtig, um die Bedeutung, die Notwendigkeit und das gesundheitsfördernde und recoveryorientierte Potenzial von biografischem Arbeiten mit Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung deutlich zu machen.

Die Verfasserin hat parallel zu dieser Arbeit im Rahmen eines Praxisprojekts das Erzählcafé als Methode der Biografiearbeit in ihrer Organisation eingeführt und dem Bedarf und den Bedürfnissen der Zielgruppe angepasst. Die daraus resultierenden Erfahrungen und Erkenntnisse flossen in diese Arbeit mit ein. Die Verfasserin wurde im Prozess zur Ausarbeitung dieser Bachelorarbeit immer wieder mit der eigenen Biografie in Kontakt gebracht. Erinnerungen, bedeutsame Erlebnisse, Erfahrungen und Erkenntnisse im Zusammenhang mit Biografiearbeit waren die Motivation und die Intention, um diese Aufgabe zu bewältigen. Die Verfasserin wird sich auch weiterhin für biografische Methoden in der Arbeit mit betroffenen Personen einsetzen und sich für die Vermittlung von Wissen und das Vernetzen mit betroffenen und interessierten Personen und mit anderen Fachpersonen engagieren.

6 Quellenangaben

6.1 Literaturverzeichnis

- Abderhalden, Irene/Jüngling, Kerstin/Beeler, Nadja/Waser, Cornelia (2019). Selbstwirksamkeit. Eine Orientierungshilfe für Projekt- und Programmleitende der kantonalen Aktionsprogramme zur Förderung von Selbstwirksamkeit und Lebenskompetenzen. URL: https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/Broschuere_GFCH_2019-03_-_Selbstwirksamkeit.pdf [Zugriffsdatum: 26.05.2019].
- Abels, Heinz (2017). Identität. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer VS.
- Amering, Michaela/Schmolke, Margrit (2006). Hoffnung – Macht – Sinn. Recovery-Konzepte in der Psychiatrie. URL: https://www.promentesana.ch/fileadmin/user_upload/Angebote/Recovery_und_Peer/Veroeffentlichungen_und_Berichte/Recovery_Konzepte_in_der_Psychiatrie_Amering_Schmolke.pdf [Zugriffsdatum: 14.05.2019].
- Amering, Michaela/Schmolke, Margrit (2012). Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. 5., überarbeitete Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Amez-Droz, Pascal/Günthardt, Brigitte/Roth, Claudia/Stettler, Therese/Zundel, Mareile (2015). Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit. Modul BA 107, Kurs: Arbeit mit Gruppen. Olten (27.4.– 04.05.2015).
- Alheit, Peter/Hanses, Andreas (2004). Institution und Biographie: Zur Selbstreflexivität personenbezogener Dienstleistungen. In: Hanses, Andreas (Hg.). Biographie und Soziale Arbeit. Institutionelle und biographische Konstruktionen von Wirklichkeit. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren. S. 8–28.
- Altgeld, Thomas/Kolip, Petra (2018). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus/Richter, Matthias/Klotz, Theodor/Stock, Stephanie (Hg.). Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Hogrefe Verlag. S. 57–72.
- AvenirSocial – Soziale Arbeit Schweiz (Hg.) (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern. URL:

- https://www.hilfswerkuri.ch/fileadmin/user_upload/documents/ueber-uns/Berufskodex_Soziale-Arbeit-Schweiz.pdf [Zugriffsdatum: 15.06.2019].
- Bening, Uwe/Schläppi, Sabine (2016). Stiftung Pro Mente Sana. Positionspapier Recovery. URL: https://www.promentesana.ch/fileadmin/user_upload/Politisches_Medien/Positionspapiere/Positionspapier_Recovery_2016_April.pdf [Zugriffsdatum: 14.05.2019].
- Blaser, Martina/Amstad, Fabienne (Hg.) (2016). Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht. Gesundheitsförderung Schweiz Bericht 6, Bern, Lausanne. URL: https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/berichte/Be-richt_006_GFCH_2016-04_-_Psychische_Gesundheit_ueber_die_Lebens-spanne.pdf [Zugriffsdatum: 15.06.2019].
- Bosshard, Marianne/Ebert, Ursula/Lazarus, Horst (2013). Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. 5., überarbeitete Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Böhnisch, Lothar (2018). Sozialpädagogik der Lebensalter. Eine Einführung. 8., erweiterte Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Braun, Melanie (2018). Resilienz. URL: <https://www.klaus-grawe-institut.ch/blog/resilienz/> [Zugriffsdatum: 20.05.2019].
- Briner, David (2012). Das Modell der Stadt Zürich: Integrierte Soziale und Psychiatrische Hilfe. Erschienen am 21. September 2012. In: Pro Mente Sana Aktuell 3. Sozialhilfe und Psychische Beeinträchtigung. S. 22–23.
- Depression.ch (Hg.) (o.J.). In: <http://www.depression.ch/de/gruende-und-entstehung#risikofaktoren> [Zugriffsdatum: 16.03.2019].
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hg.) (o.J.). In: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/#V> [Zugriffsdatum: 15.06.2019].
- Dörner, Klaus/Plog, Ursula/Teller, Christine/Wendt, Frank (2015). Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. 23. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Dörr, Margret (2004). Lebensgeschichte als MitTeilung über die Verfasstheit des Selbst. In: Hanses, Andreas (Hg.). Biografie und Soziale Arbeit. Institutionelle und biographische Konstruktion von Wirklichkeit. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren. S. 127–142.
- Dörr, Margret (2010). Erinnerung als biografische Wissensressource. In: Hauptert, Bernhard/Schilling, Sigrid/Maurer, Susanne (Hg.). Biografiearbeit und Biografieforschung in der Sozialen Arbeit. Beiträge zu einer rekonstruktiven Perspektive

- sozialer Professionen. Bern: Peter Lang, Internationaler Verlag der Wissenschaften. S. 35–52.
- Eppel, Heidi (2007). Stress als Risiko und Chance. Grundlagen von Belastung, Bewältigung und Ressourcen. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Falkai, Peter/Wittchen Hans-Ulrich (Hg.) (2015). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - DSM-5®. Göttingen: Hogrefe.
- Faltermaier, Toni (2017). Gesundheitspsychologie. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Faltermaier, Toni (2018). Prävention und Gesundheitsförderung im Erwachsenenalter. In: Hurrelmann, Klaus/Richter, Matthias/Klotz, Theodor/Stock, Stephanie (Hg.). Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Hogrefe Verlag. S. 101–112.
- Finzen, Asmus (2013). Stigma psychische Krankheit. Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Gerrig, Richard J./Zimbardo, Philip G. (2008). Psychologie. 18., aktualisierte Auflage. München: Pearson Education Deutschland.
- Goffman, Erving (2012). Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. 21. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Görres, Birgit (2013). Die psychiatrische Versorgungslandschaft. In: Bosshard, Marianne/Ebert, Ursula/Lazarus, Horst. Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. 5., überarbeitete Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag. S. 140–151.
- Grawe, Klaus (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Gudjons, Herbert/Wagener-Gudjons, Birgit/Pieper, Marianne (2008). Auf meinen Spuren. Übungen zur Biografiearbeit. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Hammer, Matthias/Plössl, Irmgard (2013). Irre verständlich. Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen. 2. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Hauptert, Bernhard/Schilling, Sigrid/Maurer, Susanne (Hg.) (2010). Biografiearbeit und Biografieforschung in der Sozialen Arbeit. Beiträge zu einer rekonstruktiven Perspektive sozialer Professionen. Bern: Peter Lang, Internationaler Verlag der Wissenschaften.
- Heinz, Andreas (2016). Psychische Gesundheit. Begriffe und Konzepte. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

- Hochuli Freund, Ursula/Stotz, Walter (2013). *Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch. 2., durchgesehene Auflage.* Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Homfeldt, Hans Günther/Sting, Stephan (2011). *Gesundheit und Krankheit.* In: Otto, Hans-Uwe/ Thiersch, Hans (Hg.). *Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 4., völlig neu bearbeitete Auflage.* München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 567–579.
- Hölzle, Christina (2011a). *Gegenstand und Funktion von Biografiearbeit im Kontext Sozialer Arbeit.* In: Hölzle, Christina/Jansen, Irma (Hg.). *Ressourcenorientierte Biografiearbeit. Grundlagen – Zielgruppen – Kreative Methoden. 2., durchgesehene Auflage.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften Springer Fachmedien. S. 31–54.
- Hölzle, Christina (2011b). *Bedeutung von Ressourcen und Kreativität für die Bewältigung biografischer Herausforderungen.* In: Hölzle, Christina/Jansen, Irma (Hg.). *Ressourcenorientierte Biografiearbeit. Grundlagen – Zielgruppen – Kreative Methoden. 2., durchgesehene Auflage.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften Springer Fachmedien. S. 71–86.
- Hurrelmann, Klaus (2006). *Einführung in die Sozialisationstheorie. 9. Auflage.* Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Ihde-Scholl, Thomas (2014). *Ganz normal anders. Alles über psychische Krankheiten, Behandlungsmöglichkeiten und Hilfsangebote. 2. Auflage.* Axel Springer Schweiz AG.
- Jakob, Gisela (2011). *Biografie. Biografische Bezüge in Wissenschaft und Praxis Sozialer Arbeit.* In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hg.). *Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 4., völlig neu bearbeitete Auflage.* München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 198–206.
- Jansen, Irma (2011). *Biografie im Kontext sozialwissenschaftlicher Forschung und im Handlungsfeld pädagogischer Biografiearbeit.* In: Hölzle, Christina/Jansen, Irma (Hg.). *Ressourcenorientierte Biografiearbeit. Grundlagen – Zielgruppen – Kreative Methoden. 2., durchgesehene Auflage.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften Springer Fachmedien. S. 17–30.
- Kaluza, Gert (2011). *Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. 2., vollständig überarbeitete Auflage.* Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

- Kaminsky, Carmen (2013). Ethik in der Sozialen Arbeit. In: In: Bosshard, Marianne/Ebert, Ursula/Lazarus, Horst. Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. 5., überarbeitete Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag. S. 169–179.
- Kammer-Spohn, Michael (2013). Recovery – ein neuer Behandlungsansatz in der Psychiatrie. URL: <https://saez.ch/article/doi/saez.2013.01580> [Zugriffsdatum: 22.12.2018].
- Kast, Verena (2014). Was wirklich zählt, ist das gelebte Leben. Die Kraft des Lebensrückblicks. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder.
- Kellner-Fichtl, Martina (2018). Resilienzförderung durch Biografiearbeit. Definitionen – Zielgruppen – Methoden – Praxisübungen – Gesprächsführung. 2., überarbeitete Auflage. Norderstedt: BoD-Books on Demand.
- Keupp, Heiner (2005). Patchwork-Identität - Riskante Chancen bei prekären Ressourcen. URL: http://www.ipp-muenchen.de/texte/keupp_dortmund.pdf [Zugriffsdatum: 19.05.2019].
- Keupp, Heiner (2011). Individuum/Identität. In: Otto, Hans-Uwe/ Thiersch, Hans (Hg.). Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 4., völlig neu bearbeitete Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 633–641.
- Keupp, Heiner (2012). Verwirklichungschancen und Identitätskapital als Bedingungen und Folgen der Handlungsfähigkeit: Eine salutogenetische Perspektive. In: Knecht, Alban/Schubert Franz-Christian (Hg.). Ressourcen im Sozialstaat und in der Sozialen Arbeit. Zuteilung – Förderung – Aktivierung. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S. 42–60.
- Kiel, Annelie (2004). Gesundheit und Krankheit als biographische Gestaltbewegung. In: Hanes, Andreas (Hg.). Biografie und Soziale Arbeit. Institutionelle und biographische Konstruktion von Wirklichkeit. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren. S. 111–126.
- Klingenberger, Hubert/Ramsauer, Erika (2017). Biografiearbeit als Schatzsuche. Grundlagen und Methoden. München: Don Bosco Medien.
- Klingenberger, Hubert (2003). Lebensmutig. Vergangenes erinnern. Gegenwärtiges entdecken. Künftiges entwerfen. München: Don Bosco Verlag.
- Knoll, Nina/Scholz, Urte/Rieckmann, Nina (2013). Einführung Gesundheitspsychologie. 3., aktualisierte Auflage. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Knuf, Andreas/Bridler, Sabina (2008). Recovery konkret. Psychosoziale Umschau, 4-2008, S.26–29. URL: <https://www.andreas-knuf.de/psychiatrie/recovery/> [Zugriffsdatum: 22.12.2018].

- Knuf, Andreas (2016). Basiswissen: Empowerment und Recovery. 5. Erweiterte Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Koch, Martina/Canonica, Alan (2012). Gegenleistungspflicht in der Sozialhilfe bei psychisch beeinträchtigten Menschen. Erschienen am 21. September 2012. In: Pro Mente Sana Aktuell 3. Sozialhilfe und Psychische Beeinträchtigung. S. 26–27.
- Kohli, Martin (2003). Der institutionalisierte Lebenslauf: ein Blick zurück und nach vorn. URL: <https://www.eui.eu/Documents/DepartmentsCentres/SPS/Profiles/Kohli/InstitutionalisierterLebenslauf.pdf> [Zugriffsdatum: 05.03.2019].
- Kohn, Johanna/Caduff, Ursula (2010). Erzählcafés leiten: Biografiearbeit mit alten Menschen. In: Hauptert, Bernhard/Schilling, Sigrid/Maurer, Susanne (Hg.). Biografiearbeit und Biografieforschung in der Sozialen Arbeit. Beiträge zu einer rekonstruktiven Perspektive sozialer Professionen. Bern: Peter Lang, Internationaler Verlag der Wissenschaften. S. 193–216.
- Krause, Hans-Ulrich/Rätz, Regina (Hg.) (2015). Soziale Arbeit im Dialog gestalten. Theoretische Grundlagen und methodische Zugänge einer dialogischen Sozialen Arbeit. 2., überarbeitete Auflage. Opladen, Berlin & Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Lazarus, Horst/Bosshard, Marianne (2005). Bildung als Chance. Ressourcenorientierte Biografiearbeit mit chronisch psychisch kranken und drogenabhängigen Menschen. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Maerker, Andreas/Forstmeier, Simon (Hg.) (2013). Der Lebensrückblick in Therapie und Beratung. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Marek, Jana/Schopp, Johannes (2015). Der Dialogprozess als schöpferischer Weg der Kommunikation. In: Krause, Hans-Ulrich/Rätz, Regina (Hg.). Soziale Arbeit im Dialog gestalten. Theoretische Grundlagen und methodische Zugänge einer dialogischen Sozialen Arbeit. 2., überarbeitete Auflage. Opladen, Berlin & Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Mattig, Astrid (2016). Eine psychologische Sicht. Was verstehen Fachpersonen der Psychologie und Psychiatrie allgemein unter einer psychischen Störung. In: AvenirSocial SozialAktuell. Die Fachzeitschrift für Soziale Arbeit Nr. 12. S. 10–12.
- Miethe, Ingrid (2014). Biografiearbeit. Lehr- und Handbuch für Studium und Praxis. 2., durchgesehene Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Möller, Hans-Jürgen/Laux, Gerd/Deister, Arno (2009). Psychiatrie und Psychotherapie. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

- Nationale Kommission zur Verhütung von Folter NKVF (2017). Bericht über den Besuch in der UPD Bern (Waldau-Areal) und der forensisch-psychiatrischen Station Etoine und die Stellungnahme des Kantons Bern. URL: <https://www.nkvf.admin.ch/nkvf/de/home/publiservice/news/2017/2017-08-28.html> [Zugriffsdatum: 13.04.2019].
- Nestmann, Frank (2014). Beratungsmethoden und Beratungsbeziehung. In: Nestmann, Frank/Engel, Frank/Sickendiek, Ursel (Hg.). Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder. 3. Auflage. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 783–796.
- Public Health Schweiz (Hg.) (2012). Arbeitspapier Entstigmatisierung. In: <https://www.public-health.ch/de/aktivit%C3%A4ten/fachgruppen/mentalhealth/> [Zugriffsdatum: 15.05.2019].
- Regard, Simon (2014). Gesundheit Schweiz. Zahlen – Fakten – Akteure. 1. Auflage. Zürich: Lehrmittelverlag Zürich.
- Repper, Julie (2009). Recovery, Psychiatrie und Pflege. In: Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit. 3. S. 1–11.
- Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (2016). Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Röhner, Jessica/Schütz, Astrid (2012). Psychologie der Kommunikation. Wiesbaden: Springer VS.
- Röhrbein, Ansgar (2019). Und das ist noch nicht alles. Systemische Biografiearbeit. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Rufer, Marc (2007). Die dunkle Seite der Psychiatrie. In: Rote Revue Nr. 3. 85. Jahrgang. S. 21–26.
- Ruhe, Hans Georg (2014). Praxishandbuch Biografiearbeit. Methoden, Themen und Felder. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Schmid Noerr, Gunzelin (2012). Ethik in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Schneider, Sabine/Heidenreich, Thomas (2011). Therapie und Soziale Arbeit. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hg.). Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 4., völlig neu bearbeitete Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 1661–1669.
- Scholten, Matthé/Vollmann, Jochen (2017). Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit. In: Vollmann, Jochen (Hg.). Ethik in der Psychiatrie. Ein Praxisbuch. Köln: Psychiatrie Verlag. S. 26–34.

- Schroeter, Klaus R. (2009). *Soziologie. Sozialisation und Lebenslauf*. Hamburg: HFH Hamburger Fern-Hochschule.
- Schubert, Franz-Christian (2012). Ressourcen – Einführung in Merkmale, Theorien und Konzeptionen. In: Knecht, Alban/Schubert, Franz-Christian (Hg.). *Ressourcen im Sozialstaat und in der Sozialen Arbeit. Zuteilung – Förderung – Aktivierung*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S. 15–41.
- Schubert, Franz-Christian (2012). Psychische Ressourcen – Zentrale Konstrukte in der Ressourcendiskussion. In: Knecht, Alban/Schubert, Franz-Christian (Hg.). *Ressourcen im Sozialstaat und in der Sozialen Arbeit. Zuteilung – Förderung – Aktivierung*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S. 205–223.
- Schuler, Daniela/Tuch, Alexandre/Buscher, Nathalie/Camenzind, Paul (2016). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016. Obsan Bericht 72*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schuler, Daniela/Tuch, Alexandre/Peter, Claudio (2018). *Psychische Gesundheit. Kennzahlen 2016 (Obsan Bulletin 5/2018)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schütze, Fritz (1983). Biographieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis*, 13(3). S. 283–293. In: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-53147> [Zugriffsdatum: 18.03.2019].
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2015). *Zwangsmassnahmen in der Medizin*. 4. Auflage. URL: <https://www.samw.ch/de/Ethik/Vulnerable-Patientengruppen/Zwangsmassnahmen-in-der-Medizin.html>. [Zugriffsdatum: 15.06.2019].
- Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (sages) (2018). *Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen*. In: https://www.sages.ch/wp-content/uploads/2018/09/Leitbild_Soziale_Arbeit_im_Gesundheitswesen.pdf [Zugriffsdatum: 30.04.2019].
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hg.) (2015). *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015*. 1. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.
- Slade, Mike (2009). 100 Wege um Recovery zu unterstützen. Ein Leitfaden für psychiatrische Fachpersonen. URL: <https://www.promentesana.ch/de/wissen/recovery/medienliteratur.html> [Zugriffsdatum: 23.12.2018].

- Sommerfeld, Peter/Dällenbach, Regula/Rüegger, Cornelia/Hollenstein, Lea (2016). Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Specht-Tomann, Monika (2018). Biografiearbeit in der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege. 3., vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: Springer-Verlag.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2005). Soziale Arbeit und soziale Probleme. Eine disziplin- und professionsbezogene Bestimmung. In: Thole, Werner (Hg.). Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 245–258.
- Thiersch, Hans (2011). Bildung. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hg.). Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 4., völlig neu bearbeitete Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 162–173.
- Thole, Werner (Hg.) (2005). Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Vollmann, Jochen (Hg.) (2017). Ethik in der Psychiatrie. Ein Praxisbuch. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Völzke, Reinhard (2005). Erzählen – Brückenschlag zwischen Leben und Lernen. URL: https://www.strukturnetz.de/media/voelzke_erzaehlen_brueckenschlag_leben_lernen_2005se11.pdf [Zugriffsdatum: 10.03.2019].
- Weltgesundheitsorganisation (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. In: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1 [Zugriffsdatum: 22.12.2018].
- Wettstein, Felix (2016). Übergänge und kritische Lebensereignisse – ihr Einfluss auf die psychische Gesundheit. In: Blaser, Martina/Amstad, Fabienne (Hg.). Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht. Gesundheitsförderung Schweiz Bericht 6, Bern, Lausanne. S. 21–30.
- Widulle, Wolfgang (2012). Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen. 2., durchgesehene Auflage. Wiesbaden: Springer VS.
- Wittchen, Hans-Ulrich/Hoyer Jürgen (Hg.) (2011). Klinische Psychologie und Psychotherapie. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

6.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anforderungs-Ressourcen-Modell

Kaluza, Gert (2011). Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Abbildung 2: Stressgeschehen

Kaluza, Gert (2011). Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.