

Angehörigenarbeit unter dem Focus Klinischer Sozialarbeit

Oder: Was kann ich als AngehörigeR eines psychisch erkrankten Menschen von Klinischer Sozialarbeit erwarten?

**Kurzfassung des Referats an der GV der VASK Zürich
am 26.04.2008**

Elke Ziegler

(Master KSA in Ausb.; Dipl. Systemberaterin; Liz. Theol.)

1. Einleitende Bemerkungen

In diesem Referat ziehe ich Schlussfolgerungen aus meiner Tätigkeit in der Angehörigenarbeit der VASK Zürich, die ich momentan in einer Masterarbeit im Studium Klinischer Sozialarbeit (KSA) zudem wissenschaftlich und praktisch reflektiere.

Wie kam es zu dem? - Vor gut drei Jahren begegnete mir ein Inserat der VASK Zürich, das einen Aufruf für ehrenamtliche Mitarbeit enthielt. - Mich sprach dies sofort an: Sich für Angehörige psychisch Erkrankter einzusetzen, ist wichtig, da sie bisher im Behandlungsnetz der Psychiatrie nur am Rande vorkommen. Zudem hilft dies meiner Ansicht nach der ganzen Familie, letztlich auch der primär erkrankten Person, wenn man ganzheitlich, vernetzt, kreisförmig, d.h. „systemisch“ denkt und handelt. Vor allem im Selbsthilfetreff für Angehörige von Borderline und in der Beratungsstelle, wo ich seit einiger Zeit zusammen mit Monika Staub und Verena Kündig Einzelgespräche mit Angehörigen führe, hörte ich von Geschichten, die mich sehr

betroffen machten und mir die vielfältigen Schwierigkeiten, denen Angehörige begegnen, zu Bewusstsein brachten.

So wurde daraus mein Masterarbeitsthema im Studium der Klinischen Sozialarbeit, das ich an den Hochschulen in Coburg und Berlin absolviere.

Nun freue ich mich, Ihnen das, was ich für mich aus dem Studium für die Arbeit mit Angehörigen herausgezogen habe, zu präsentieren.

2. Wesentliche Begriffe

Bevor wir tiefer ins Thema einsteigen, ist zu klären, was unter Angehörigenarbeit und unter „Klinischer Sozialarbeit“ zu verstehen ist?

(1) Angehörigenarbeit selbst existiert in vielfältigen Formen:

- Zum einen in der Selbstregie Betroffener als Selbsthilfegruppe und -treff, als Seminar etc.
- Zum anderen unter der Leitung von FachexpertInnen beispielsweise als Arztgespräch, Helferkonferenz (z.B. in Wohnheimen), offener Angehörigenabend (Bsp.: PUK Zürich), psychoedukativer Kurs oder auch Einzelberatung (z.B. Beratungsstelle der VASK).

(2) Klinische Sozialarbeit (KSA) ist nicht gleichzusetzen mit „Krankenhaussozialarbeit“, sondern entspricht einer Spezialisierung in Sozialer Arbeit für verschiedene Tätigkeitsfelder in den Bereichen Kinder- u. Jugendhilfe, Partner- und Familienberatung, psychiatrisches Arbeitsfeld, Suchtbehandlung, Fach- und Akutkliniken, Massregelvollzug und Resozialisierung sowie gerontologischer Arbeit.

KSA kommt überall dort zum Einsatz, wo es schwerpunktmässig um psychosoziale (= klinische) Behandlung geht.

Folgende Unterscheidung ist wesentlich: Während grundständige Sozialarbeit stärker auf die soziale Lebenslage unter sozialrechtlichen Gesichtspunkten ausgerichtet ist, ist Klinische Sozialarbeit vor allem zuständig für die direkte psychosoziale Arbeit mit den Subjekten (Pauls, *Klinische Sozialarbeit*, 2004, S. 313).

Diese Behandlung erfolgt in ganzheitlicher bio-psycho-sozialer Perspektive und mit dem Focus (= Blickwinkel) der „Person in der Situation“. Aus der Erkenntnis, dass der Mensch auf den Austausch mit seiner nächsten, nahen und ferneren Welt angewiesen ist, bezieht die Behandlung diese Welt konsequent mit ein. Denn Defizite, Schwächen, Stress im sozialen Umfeld eines Menschen (z. B. Probleme am Arbeitsplatz; Unfall/Behinderung eines Familienmitglieds) bringen vielfältige psychische, materielle, soziale Beeinträchtigungen mit sich, die im heutigen Gesundheitssystem nicht bzw. zu wenig aufgefangen werden.

3. Klinische Sozialarbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie

Der psychiatrische Sektor ist von Multiprofessionalität gekennzeichnet: Pflegefachkräfte, ÄrztInnen, PsychologInnen/PsychotherapeutInnen, verschiedene andere TherapeutInnen, SozialarbeiterInnen.

Bzgl. des Aufgabenschwerpunkts Klinischer Sozialarbeit wird hier von folgendem ausgegangen:

Als eine dritte Säule in der Behandlung psychisch Kranker - gegenüber der schwerpunktmässig medikamentösen Behandlung der psychiatrischen Medizin sowie der klassischen Einzeltherapie primär Erkrankter durch die Psychotherapie - hätte Klinische Sozialarbeit speziell und vorrangig die Aufgabe psychosozialer Diagnose und Behandlung im sozialen Umfeld von PatientIn und deren Angehörigen. Dazu zählt auch eine individuelle Angehörigenberatung.

4. Die spezielle Sichtweise in klinisch sozialarbeiterischer Angehörigenarbeit

Der Beratungstätigkeit liegt eine wertschätzende Sichtweise der Angehörigen psychisch kranker Menschen zugrunde:

- In der Familie ist die Erkrankung entstanden oder aufgetreten. Von dort aus, als dem Ort familiärer Geborgenheit ist auch die wesentliche Hilfe zu leisten.
- Die Familie ist der Ort der Unterstützung nicht der Verursachung.
- Meist braucht es trotz des Unterstützungsangebots viel Geduld vonseiten der Angehörigen, und Veränderung im Familiensystem geschieht nur in kleinen Schritten. Jedoch haben diese kleinen Schritte manchmal grosse Wirkungen.
- Die Familie ist meist das wichtigste Bezugssystem für die Erkrankten. Somit werden Angehörige als die eigentlich „Pfleger“ betrachtet. Sie sind vielfachen Belastungen ausgesetzt (z.B. Krisen, materielle Einbussen, sozialer Rückzug), weshalb gerade sie spezielle Unterstützung brauchen (Caring for the carers; „die Pfleger pflegen“).
- Angehörige selbst sind als Experten anzusehen. Denn wer, wenn nicht vor allem sie, die konstant Unterstützung leisten, verstehen ihr erkranktes Familienmitglied manchmal am Besten und können längerfristig nach dem Psychiatrieaufenthalt zu dessen/deren Gesundheit beitragen.

5. Grundhaltungen klinisch sozialarbeiterischer Angehörigenarbeit

Anhand der drei Stichworte Verständnis, Information, Unterstützung (vgl. Hell, 2006, S. 12) wird klar, worum es geht:

(1) Einfühlen und Verstehen/Emotionales Begleiten: Angesichts der Belastungen der Angehörigen braucht es in erster Linie Präsenz, aufmerksames Zuhören sowie ein verstehender, sich hineinversetzender Umgang. In einer kontinuierlichen Begleitung kann sich eine tragende Beziehung zwischen KlientIn und BeraterIn entwickeln. Die Beziehungsorientierung ist Basis und Alternativerfahrung zugleich (vgl. Gahleitner, 2004, S. 118f). Spiegelung schafft Identität (vgl. Bauer, 2007, S. 85ff). Auf deren Basis ist es möglich, sich der subjektiven Wahrnehmung des Erkrankten sowie der eigenen Vorstellung von seiner Erkrankung bewusst zu werden, um im Anschluss daran eine Umdeutung in eine Form des Miteinander Umgehens zu finden. Angehörige erhalten zunächst Raum für sich, um zu klagen und ihre Anliegen zu formulieren. In weiteren Schritten sind auch Zusammenkünfte und gemeinsame Arbeit mit dem erkrankten Familienmitglied möglich und ggf. sehr hilfreich.

(2) Informieren = Psychoedukation: Bei Psychoedukation geht es um eine Form des Mitwirkens Angehöriger in der Behandlung ihres erkrankten Familienmitglieds durch Teilnahme an Kursen oder im Rahmen einer Einzelberatung. Vermittelt werden:

- relevantes, aufklärendes Wissen zur Krankheit und deren Folgen; damit evtl. Korrektur subjektiver „Krankheitstheorien“; Information zu Wirkung und Umgang mit Medikamenten zur Verbesserung der Compliance ihres erkrankten Familienmitglieds
- Hilfen bei der Bewältigung (wie beispielsweise Schuldgefühle; der Selbststigmatisierung entgegenwirken und die Krankheit akzeptieren; stellvertretende Hoffnung der Beraterin)
- Verhaltensmodelle, um Problemen und Konflikten pragmatisch begegnen zu können (Bsp.: sich wehren gegen zu hohe Anforderungen; Selbstbehauptung; die kranke Person anregen sowie in tägliche Aufgaben einbinden).

Bei all diesem werden die Erfahrungen der Teilnehmenden einbezogen.

(3) Unterstützen: Neben der emotionalen Begleitung und Unterstützung in kontinuierlicher Familienbegleitung geht es hier um konkrete Hilfestellungen bei der Lebensführung, -planung und –gestaltung (bzgl. Zusammenwohnen; berufliches Leben, Haushalt und Finanzen; Umgang mit Behörden; Freizeitgestaltung) und drittens um Coaching beim Herstellen unterstützender Netzwerke (bspw. einer Selbsthilfe- oder Angehörigengruppe für Erfahrungsaustausch und zur Förderung des Selbsthilfepotentials).

6. Fazit: Ein integrativer Ansatz ist nötig

Angesichts der Fülle der Aufgaben – in einem konkreten Fall mehr personzentriert und erkenntnisfördernd (klientenzentriert und psychodynamisch), in einem anderen Fall mehr Interaktionen beobachtend und trainierend (verhaltenstherapeutisch, systemisch) - ist ein **integrativer Ansatz** in der klinisch sozialarbeiterischen Angehörigenarbeit bei psychischer Erkrankung unverzichtbar (vgl. Bischof, 2004, S. 92-93).
----- Ich bedanke mich für ihre Aufmerksamkeit!

7. Literatur

Bauer, J. (2007), *Warum ich fühle, was du fühlst, Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*, München: Wilhelm Heine

Bischof, J. (2004), *Angehörigenberatung bei Depression*, München: Ernst Reinhardt

Gahleitner, S.B. (2005), *Neue Bindungen wagen, Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung*, München: Ernst Reinhardt

Hell, D. (2006), *Die Bedeutung der Angehörigenarbeit*, in: *Jubiläumsschrift zur Feier 20 Jahre VASK* Zürich, 2006, S. 12

Pauls, H. (2004), *Klinische Sozialarbeit, Grundlagen psychosozialer Behandlung*, Weinheim: Juventa

Elke Ziegler

G: 044 500 11 34

info@a-bis-z-beratungen.ch

www.a-bis-z-beratungen.ch