

# **Gesundheitsförderung und Soziale Arbeit im Rahmen der Psycho-Sozialen Dienste der Caritas St. Pölten**

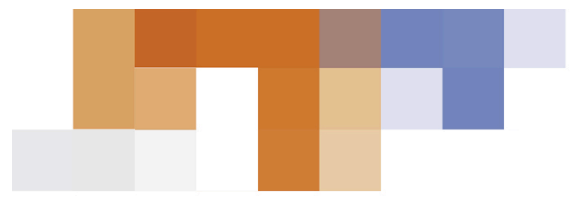
DSA Annemarie Winkler

Diplomarbeit  
eingereicht zur Erlangung des Grades  
Magistra(FH) für sozialwissenschaftliche Berufe  
an der Fachhochschule St. Pölten  
im Juni 2008

Erstbegutachterin:  
Mag<sup>a</sup>. (FH) Maria Lesnik

Zweitbegutachter:  
Dr. Anton Leitner

# Soziale Arbeit



## **Abstract**

This thesis deals with the avoidance of a deficiency perspective focusing instead on the positive qualities of life. The concept of salutogenesis according to Anton Antonovsky is a strengths-based model emphasizing the clients' strengths and resources. The clearly delineated goal of salutogenesis is health orientation.

The purpose of this master thesis is to make the social worker aware of the health needs, especially when working with mentally disordered people. So far social psychiatry pays too little attention to health promotion. But there is a possibility to focus successfully on the mentally disordered people's health. Social workers can be supporters of well-being, while they act holistically in the life-world of a person.

This thesis is based on a broad literature research followed by a qualitative study with social work and health promotion in the context of the "Psycho-Sozialer Dienst", which is an information and advice giving centre for people with a mental disorder in an out-patient setting provided by the institution of the "Caritas St. Pölten". The purpose is to examine following question: How do the social workers from the "Psycho-Sozialen Dienst of the "Caritas St. Pölten" improve the mental health of their clients and in which way can health promotion demonstrate an implementation of the salutogenesis? Qualitative unstructured interviews were conducted with six social workers of the "Psycho-Sozialen Dienst" to find out how they achieve health promotion. The findings of the research are compared with the model of the salutogenesis.

## **Vorwort**

In meiner Sozialen Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen beeindruckt mich immer wieder, wie schnell es vielen gelingt, trotz schwerwiegenden psychischen Beeinträchtigungen, ihr Leben wieder in geordnete Bahnen zu bringen. Einige Menschen entwickeln sogar enorme Fähigkeiten und Energien. Folglich gewannen in meiner Arbeit die ressourcenorientierten Theorien und Methoden immer mehr an Gewicht.

Ich bin der festen Überzeugung, dass die Förderung und das Anknüpfen an individuelle Ressourcen eine höchst bedeutsame Voraussetzung für einen erfolgreichen Gesundungsprozess darstellt.

So war es wohl kein Zufall, dass ich auf das Konzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky stieß. Im Folgenden möchte ich seine salutogenetischen Überlegungen erläutern und eine Einführung in das Konzept des Kohärenzgefühls darlegen.

## Danksagung

Ehe nun den Spuren Antonovskys gefolgt wird, sei es mir noch gestattet, mich bei all jenen zu bedanken, die diese Arbeit ermöglicht, begleitet und gefördert haben.

Von Herzen danke ich meinem Lebensgefährten, Gerald Deutsch, der mich immer wieder motivational unterstützt und meine Höhen und Tiefen geduldig aushielt.

Dankesworte aussprechen möchte ich auch meiner lieben Familie: Für das Verständnis, das sie aufgebracht hat, als ich während des Schreibens so wenig Zeit für sie hatte.

Mein Dank für das Zustandekommen dieser Arbeit gilt ebenso:

Frau Mag. (FH) Maria Lesnik, meiner Diplomarbeitsbetreuerin, die mir beim Verfassen meiner Arbeit während aller Phasen unterstützend zur Seite gestanden hat und mit ihrer kritischen, aber stets wohlwollenden Haltung wertvolle Impulse gegeben hat.

Meiner lieben Freundin Katharina Weiß: Für die Mitwirkung am Forschungsprojekt, für die Durchsicht meiner Arbeit und für die zahlreichen Diskussionen zum Thema meiner Masterthese, die meine Arbeit sehr bereichert haben.

Insbesondere allen ExpertInnen, die mir ihre Zeit und ihr fachliches Wissen im Rahmen der ExpertInneninterviews zur Verfügung stellten und ohne die diese Forschungsarbeit niemals zustande gekommen wäre.

Besonders hervorheben möchte ich auch die tatkräftige Unterstützung meiner ArbeitskollegInnen: Danke, für die motivierende Unterstützung!

# Inhalt

1	EINLEITUNG	1
2	DARSTELLUNG DER ZENTRALEN BEGRIFFLICHKEITEN	3
2.1	Definition Gesundheit	3
2.2	Definition Psychische Gesundheit	4
2.3	Das Konzept der Gesundheitsförderung	5
2.4	Der Psycho-Soziale Dienst der Caritas St. Pölten (PSD)	6
2.4.1	Institutionelle Rahmenbedingungen	6
2.4.2	Zum Tätigkeitsbereich der diplomierten SozialarbeiterInnen	8
2.5	Gesundheitsförderung im Arbeitsbereich der Psychiatrie	9
2.5.1	Gesundheitsförderliche Arbeitsprinzipien	10
3	DAS KONZEPT DER SALUTOGENESE NACH AARON ANTONOVSKY	12
3.1	Zur Person Aaron Antonovsky	12
3.2	Hintergründe zur Entstehung des Salutogenese Modells	13
3.3	Die salutogenetische Fragestellung	14
3.4	Das Gesundheits- und Krankheitskontinuum	15
3.5	Gesundheits- und Risikofaktoren	16
3.6	Das Kohärenzgefühl oder “sense of coherence” (SOC)	18
3.6.1	Definition Kohärenzgefühl und Komponenten des Kohärenzgefühls	18
3.6.2	Beziehung der drei Komponenten zueinander	22
3.6.3	Entwicklung und Veränderung des Kohärenzgefühls	22
3.6.4	Einfluss des Kohärenzgefühls auf die Gesundheit	23
3.6.5	Zusammenspiel von Widerstandsressourcen und Kohärenzgefühl	24
3.6.6	Coping	25
3.7	Stand der Forschung in Bezug auf Antonovskys Theorie	25
3.8	Kritik am Modell	26

4	METHODISCHE UMSETZUNG DER QUALITATIVEN ERHEBUNG	27
4.1	Zielsetzung	27
4.2	Qualitative Sozialforschung	27
4.3	ExpertInneninterview mit narrativen Elementen	27
4.4	Datenerhebung und Datenerfassung	29
4.5	Datenauswertung	29
4.6	Qualitätssicherung	30
5	AUSWERTUNG UND ANALYSE DER ERHEBUNG	32
5.1	Darstellung der Forschungsergebnisse	32
5.1.1	Deckung der Grundbedürfnisse	32
5.1.2	Ausrichtung auf Gesundheit	33
5.1.3	Gesundheitsförderlicher Umgang mit Diagnosen	34
5.1.4	Anwendung einer ressourcenorientierten Arbeitsweise	35
5.1.5	Interventionen zum Aufbau und Stärkung des Selbstwertgefühles	36
5.1.6	Vermittlung des Bewusstseins der Triade Körper, Seele und Geist	37
5.1.7	Förderung der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung	39
5.1.8	Gesundheitsförderlicher Umgang mit Arbeit und Leistung	40
5.1.9	Alltagstraining und Freizeitgestaltung	41
5.1.10	Förderung sozialer Kontakte	42
5.1.11	Arbeiten im sozialen Umfeld	43
5.1.12	Einsatz einer motivierenden Gesprächsführung	45
5.1.13	Unterstützung in der Sinnfindung	46
5.1.14	Anwendung einer lösungs- und zielorientierten Arbeitsweise	47
5.2	Aus den Ergebnissen ableitbare Gesundheitsförderung	49
6	ZUR INTEGRATION DER SALUTOGENESE IN DIE SOZIALE ARBEIT	53
6.1	Kriterien einer salutogenetischen Orientierung	53
6.2	Salutogenese als Wissenschaft der Gesundheitsförderung	54

6.3	Zur Salutogenese und ihrer praktischen Umsetzbarkeit	55
6.3.1	Allgemeine Maßnahmen mit salutogenetischer Wirksamkeit	55
6.3.2	Stärkung des Kohärenzgefühls	57
6.4	Praxis der Gesundheitsförderung in den Psycho-Sozialen Diensten	60
6.5	Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit im Psychiatriebereich	61
7	SCHLUSSTEIL	63
7.1	Conclusio	63
7.2	Schlusswort	63

NACHWORT

LITERATUR

ANHANG

Auswertungsbeispiel nach Mayering



# 1 EINLEITUNG

Die Versteifung auf eine defizitäre Sichtweise, sprich auf das was schlecht ist und besser sein könnte, verhindert den Blick auf die positiven Dinge des Lebens. Die Salutogenese hingegen veranschaulicht durch ihre positive Fragerichtung einen Ansatz, der in allen Lebensbereichen angewandt werden kann: Wie entsteht Gesundheit und wodurch kann sie gestärkt werden? Das Hauptanliegen dieser Arbeit ist es, SozialarbeiterInnen für gesundheitliche Belange zu sensibilisieren, um eine stärkere Verankerung der Gesundheitsförderung in die Tätigkeitsbereiche der Sozialen Arbeit zu bewirken. (vgl. Brieskorn/Officerski 1997:10 und Sting/Zurhorst 2000:8)

Bisweilen wird in der Sozialpsychiatrie dem Ansatz der Gesundheitsförderung wenig Beachtung geschenkt. Zumeist steht die Erkrankung im Zentrum des Geschehens. Offensichtlich wurde in diesem Bereich das medizinische Paradigma der ÄrztInnen und deren Krankheitslehre verinnerlicht. (vgl. Schulze-Steinmann 2008:5-6) Psychisch beeinträchtigte Menschen sind in gewisser Weise bereits gesundheitsgeschädigt. (vgl. Brieskorn-Zinke/Köhler-Officerski 1997:185) Dennoch ist es möglich und auch sinnvoll, gesundheitsförderlich zu arbeiten, um eine ganzheitliche, lebensweltorientierte Betrachtung zu gewährleisten. SozialarbeiterInnen können als UnterstützerInnen der Gesundheit fungieren und eine Förderung der Gesundheitsunterstützung ermöglichen.

„Galt der Patient noch bis vor einigen Jahren als behindert, voller Nichtkönnen und Nichtwissen, wird heute versucht, auf seine Stärken, seine Interessen und seine Ressourcen zu achten. Dass dies (...) ein bisweilen ungewohnter Weg ist, sei nicht verhehlt.“ So beschreibt Rössler (2004:V) die neuen konzeptuellen gesundheitsförderlichen Entwicklungen im Arbeitsbereich der Psychiatrie.

Ausgehend von einer Ganzheitsperspektive wird der Fokus auf die Gesundheit gelegt und die Selbsthilfetätigkeit in das Zentrum gestellt. (vgl. Mühlum 2008:62-64) Genauso bedeutsam sind das Erkennen und die Wertschätzung der stets vorhandenen gesunden Anteile. Indem ein kranker Mensch nicht nur ein Symptomträger ist, sondern ebenso ein Mensch mit Ressourcen und Kräften, die in seiner Alltäglichkeit und in seinem Milieu verankert sind. An dieser Stelle zeigt sich,

dass die Ansätze der Gesundheitsförderung mit den Prinzipien der Sozialen Arbeit übereinstimmen. (vgl. Bosshard 2008:156-157)

Die folgende Diplomarbeit beschäftigt sich anhand von Literaturrecherchen und empirischer qualitativer Sozialforschung mit dem Thema der Sozialen Arbeit und der Gesundheitsförderung im Rahmen der Psycho-Sozialen Dienste der Caritas St. Pölten. Im Zuge dieser Arbeit wird den Fragen nachgegangen, wie die SozialarbeiterInnen dieser Institution die psychische Gesundheit ihrer KlientInnen fördern, beziehungsweise inwiefern diese Gesundheitsförderung eine praktische Anwendung der Salutogenese darstellt.

Einleitend werden die relevanten Begrifflichkeiten der Thematik beschrieben. Danach wird im Theorieteil das Konzept der Salutogenese nach Anton Antonovsky vorgestellt, da dieses für die Gesundheitsförderung eine zentrale theoretische Grundlage offenbart. Der darauf folgende empirische Teil beschäftigt sich mit der Praxis der Gesundheitsförderung. Mit Hilfe von ExpertInneninterviews werden konkrete gesundheitsförderliche Interventionen erforscht. Davor wird der Verlauf des Forschungsprozesses dokumentiert und verwendete Methoden werden beschrieben. Die Forschungsergebnisse zu dieser Studie sind im fünften Kapitel nachlesbar. Die Interpretation dieser Daten basiert auf sechs ExpertInneninterviews, die nach der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet und durch 14 Categoriesysteme anschaulich gemacht werden. Abschließend wird mittels Literaturrecherchen die Integration der Salutogenese in die sozialarbeiterische Arbeitsweise diskutiert. Hierbei werden konkrete salutogenetische Interventionen dargestellt, um diese letztendlich den Forschungsergebnissen der Studie gegenüberzustellen. Der Schlussteil zieht ein Fazit über die wesentlichsten Erkenntnisse der Diplomarbeit. Im Anhang befindet sich ein Auswertungsbeispiel nach Mayering.

## **2 DARSTELLUNG DER ZENTRALEN BEGRIFFLICHKEITEN**

An dieser Stelle werden einige Begrifflichkeiten und Erläuterungen angeführt, um die Begriffe und deren Verständnis in der Arbeit leichter zugänglich zu machen.

### **2.1 Definition Gesundheit**

„Jeder Mensch hat seine besondere Gesundheit.“

Hermann Boerhaave (1668-1738)

In Literaturrecherchen zum Thema der Gesundheitsdefinition zeigt sich, dass es keine allgemeingültige, anerkannte wissenschaftliche Definition von Gesundheit gibt, sondern viele Modelle mit unterschiedlichen Ansätzen.

Zur Vielschichtigkeit des Gesundheitsbegriffes schreibt der Philosoph Hans-Georg Gadamer (1993:126) von der „eigenartigen Verborgenheit der Gesundheit“ als „Wunder der Selbstvergessenheit“: Die meisten Erkrankungen sind augenscheinlich, weil sie sich durch Beschwerden und Krankheitszeichen bemerkbar machen. Aber wie kann Gesundheit erkannt werden?

Die bekannteste Gesundheitsdefinition formulierte die Weltgesundheitsorganisation. Sie definiert im Gründungsdokument von 1948 Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit, sondern als einen Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. (vgl. Hurrelmann 1994:16, zit. in: Sting/Zurhorst 2000:10) Zudem heißt es in der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahre 1986: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer täglichen Umwelt geschaffen und gelebt: Dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben.“ (WHO 1986:o.S., zit. in: Keupp 2000:15) Diese Begriffsbestimmungen entsprechen dem Empowerment-Ansatz, der die Eigenverantwortlichkeit, die Selbsthilfetätigkeit und die Stärkung von Kompetenzen in den Mittelpunkt stellt. (vgl. Felder Stocker u.a. 2000:13-15)

## 2.2 Definition Psychische Gesundheit

Da die vorliegende Diplomarbeit speziell die Thematik der Sozialen Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen behandelt, wird zunächst auf die Begrifflichkeit der psychischen Gesundheit eingegangen.

Die Weltgesundheitsorganisation beschreibt die psychische Gesundheit folgendermaßen: „Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen“. (Das Portal der Europäischen Union 2006:o.S.)

Laut Schulze-Steinmann (2008:3) erfassen verschiedenste Modelle der Gesundheitswissenschaften die psychische Gesundheit in folgenden Dimensionen:

- Die allgemeine positive Ergebniserwartung, dass das Leben beeinflussbar ist und sich zum Guten entwickeln wird.
- Die allgemeine positive Handlungserwartung, dass alle Situationen bewältigbar sind.
- Die innere Kontrollüberzeugung, dass Handlungen und das Leben beeinflussbar sind.
- Die positive Betrachtung von Veränderungen, die Anforderungen als Herausforderungen anzunehmen und die Zusammenhänge des Lebens erkennen zu können.
- Die Sinnhaftigkeit des Lebens zu sehen und die Gewissheit zu haben, dass es sich lohnt sich zu engagieren, um Probleme zu lösen.
- Die verfügbare Widerstandsfähigkeit zur Reduzierung der Belastungsauswirkungen durch eigenverantwortliche Interventionen.
- Das Vorhandensein eines positiven Selbstbildes und einer optimistischen Sichtweise.

Psychische Gesundheit beinhaltet die Fähigkeit innere und äußere Anforderungen zu bewältigen. Hierbei geht es um die Herstellung einer Balance zwischen Stressoren (belastende Faktoren) und Widerstandsressourcen (schützende Faktoren). Psychische Gesundheit steht immer im Zusammenhang mit der jeweiligen

Lebenswelt, Lebenslage und Lebensweise, speziell im Hinblick auf äußere Stressoren. (vgl. Schulze-Steinmann 2008:1-3)

Ein anderer weitläufiger Gesundheitsbegriff beinhaltet die Anpassungs- und Veränderungsfähigkeit. Menschen können ihre eigenen Wünsche wahrnehmen und realisieren, ihre Bedürfnisse befriedigen und somit eine Veränderung oder Anpassung an die Umgebung gewährleisten. (vgl. Eichhorn/Witt 2003:3) In diesem Sinne können selbst noch Menschen, die objektiv betrachtet schwer krank sind, sich auch subjektiv gesund fühlen. Diese Darstellung stellt die Eigeninitiative des Individuums in den Mittelpunkt: Somit sind Individuen in der Lage, vorausschauend aktiv und bewusst, gesundheitsförderliche Bedingungen zu erschaffen.

### **2.3 Das Konzept der Gesundheitsförderung**

Da das Salutogenese-Konzept die zentralste theoretische Grundlage der Gesundheitsförderung darstellt, wird hier kurz auf das Modell der Gesundheitsförderung eingegangen.

Die Gesundheit ist für die meisten Menschen ein wertvolles Gut, das es zu schützen und zu erhalten gilt. Aus diesem Grunde trägt die Gesundheitsförderung aktiv zur Erreichung, Sicherung und Förderung eines dauerhaften, ganzheitlichen Wohlergehens bei. Insofern zielt das Konzept der Gesundheitsförderung auf das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden, wie es in der Definition der Weltgesundheitsorganisation niedergeschrieben steht. (vgl. Ortmann/Waller 2005:8)

Vor diesem Hintergrund beschrieb 1986 die schon eingangs zitierte Ottawa-Charta ein Health-Promotion-Programm. (vgl. Sting/Zurhorst 2000:10) Dort heißt es: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, 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.“ (WHO 1993:o.S., zit. in: Brieskorn-Zinke/Köhler-Offierski 1997:50 und Keupp 2000:34)

Die Gesundheit wird darin nicht als Ziel angesehen, sondern als Mittel, das Menschen befähigt, deren Leben positiv zu gestalten. (vgl. Felder Stocker u.a. 2000:13-15) Denn Gesundheit kann sich nur dann entfalten, wenn Individuen die maßgeblichen Gesundheitsfaktoren beeinflussen können. (vgl. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986:o.S) Diese Grundideen der Gesundheitsförderung weisen zahlreiche Berührungspunkte mit den Tätigkeitsbereichen der Sozialen Arbeit auf und kommen vor allem im Empowerment-Konzept zum Ausdruck. (vgl. Keupp 2000:34)

## **2.4 Der Psycho-Soziale Dienst der Caritas St. Pölten (PSD)**

Die Forschungsstudie der vorliegenden Arbeit wird im Rahmen der Psycho-Sozialen Dienste der Caritas St. Pölten durchgeführt. Nachfolgender Abschnitt gibt einen kurzen Einblick in die Institution.

### **2.4.1 Institutionelle Rahmenbedingungen**

Caritas St. Pölten  
Psycho-Sozialer Dienst  
3100 St. Pölten, Hasnerstraße 4  
T 022742/844-502, F 02742/844-180

Die Caritas St. Pölten ist seit dem Jahre 1972 in der Arbeit im Psycho-Sozialen Bereich tätig und nimmt seitdem in der ambulanten niederösterreichischen gemeindenahen Versorgung von psychisch beeinträchtigten Menschen eine primäre Stellung ein. (vgl. Caritas St. Pölten 2006:3) Das Versorgungsgebiet des Psycho-Sozialen Dienstes teilt sich in die drei Regionalbereiche Zentralraum, Mostviertel und Waldviertel. Die Beratungszentren des Regionalbereiches Waldviertel, indem die Forschungsarbeit zur Gesundheitsförderung durchgeführt wird, befinden sich in Gmünd, Horn, Waidhofen/Thaya und Zwettl. (vgl. Caritas St. Pölten 2005:29)

Die rechtliche Basis sichert ein Übereinkommen zwischen dem Trägerverein der Caritas St. Pölten und der niederösterreichischen Landesregierung. Ausgangspunkt hierfür ist das Niederösterreichische Sozialhilfegesetz, Paragraph 45, Absatz 9. (vgl. Caritas St. Pölten 2006:5)

Derzeit gewährleistet der PSD-Vertrag aus dem Jahre 2001 die langfristige Finanzierung. Gesondert erfolgt eine jährliche Abrechnung und Bewilligung der Budgetmittel durch ein Subventionsverfahren. (Caritas St. Pölten 2005:22) Das Beratungsangebot ist für die Betroffenen jedoch kostenlos. (vgl. Caritas St. Pölten 2005:16)

Das multiprofessionelle Team besteht aus DiplomsozialarbeiterInnen und FachärztInnen für Neurologie und Psychiatrie. Im Rahmen eines Modellprojektes arbeiten vereinzelt psychiatrische Pflegepersonen und ErgotherapeutInnen in den Beratungsstellen. Alle MitarbeiterInnen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und bieten geplante und zielorientierte Interventionen an, die sich auf Basis des aktuellen Wissenstandes orientieren. (vgl. Caritas St. Pölten 2005:16-17)

Psychisch beeinträchtigte Menschen gehören zwar zu der Zielgruppe des Psycho-Sozialen Dienstes, die primäre Zielgruppe sind jedoch schwerkranke und multimorbide Menschen mit einem komplexen Unterstützungsbedarf. Hierzu zählen folgende Diagnosen des ICD 10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme): FO organische psychische Störungen, F1 Alkoholiker, F2 Schizophrenie, F3 affektive Störungen, F4 neurotische, belastungs- und somatoforme Störungen und F6 Persönlichkeitsstörungen. (vgl. Caritas St. Pölten 2005:13)

Der Psycho-Soziale Dienst bietet Hilfe und Unterstützung für psychisch beeinträchtigte Menschen, deren Angehörige und deren Umwelt mit dem Ziel der Erhöhung der Lebensqualität und der Integration von den Betroffenen in die Gesellschaft. (vgl. Caritas St. Pölten 2005:5) Das niederösterreichische Sozialhilfegesetz formuliert betreffend der Zielgruppe, die „Beseitigung oder Erleichterung ihrer psychischen und sozialen Schwierigkeiten bei der Eingliederung in das Berufsleben oder in die Gesellschaft.“ (NÖ SHG, § 45 [9] )

Die erbrachten Kernleistungen bestehen primär aus Information, Begleitung und Beratung: Die Menschen erhalten Informationen bezüglich der psychischen Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten, diverse Unterstützungsangebote, finanzielle Ansprüche und andere Angebote. Die Begleitung erfolgt durch einen kontinuierlichen Kontakt zu den Betroffenen. In deren

Lebensumfeld und in den Beratungen werden Lösungsmöglichkeiten für konkrete Problemstellungen entwickelt. Zu den weiteren Schwerpunkten zählen Clearing, Vermittlung, Behandlung, (Diagnoseerstellung, Therapievorschläge und Befundberichte), Krisenmanagement, Verbindungsdienst, Angehörigenarbeit und Gruppenangebote. Diese Angebote werden auch in Form von Hausbesuchen gewährleistet. (vgl. Caritas St. Pölten 2005:7-9)

Die Hilfeleistung orientiert sich an den Ressourcen der Menschen. (vgl. Caritas 2005:5) Gleichmaßen nimmt die Orientierung an den Bedürfnissen zur Stärkung der Autonomie und des Selbstwertes eine wichtige Leitlinie ein. So auch der Empowerment-Ansatz, mit der Zielsetzung, die Personen zu ermächtigen, individuelle Stärken zu entdecken, um mit eigenen Potentialen zu selbstbestimmten Problemlösungen zu gelangen und ein aktives, selbstbestimmtes Leben zu führen. (vgl. Caritas St. Pölten 2005:5)

#### **2.4.2 Zum Tätigkeitsbereich der diplomierten SozialarbeiterInnen**

SozialarbeiterInnen der Psycho-Sozialen Dienste sind die ExpertInnen der qualitativen Befragung der vorliegenden Diplomarbeit. Sie gewährleisten die fachliche Basisarbeit in Kooperation sowohl mit den ärztlichen als auch mit den sozialarbeiterischen KollegInnen und der unmittelbar vorgesetzten Regionalleitung. Die Prinzipien der Sozialarbeit bestehen aus Flexibilität, Mitsprache und einer qualitätsvollen, bedarfsorientierten, vernetzten Arbeit im multiprofessionellen Team, sowie Kollegialität und Wertschätzung innerhalb der Institution. (vgl. Caritas St. Pölten 2006:o.S)

Dem Organisationshandbuch (Caritas St. Pölten 2006:o.S.) zufolge, bezieht sich rund ein Drittel des Aufgabenbereichs auf klientenbezogene Tätigkeiten wie Information, Clearing, Vermittlung, Begleitung, Beratung, Hausbesuche, Krisenmanagement, Angehörigenarbeit, Arbeit im sozialen Umfeld, Arbeit mit Gruppen, Dokumentation der Fallarbeit, Ausarbeiten von sozialarbeiterischen Stellungnahmen und fallbezogenen Schriftverkehr. Diese Tätigkeiten bestimmen die SozialarbeiterInnen in professioneller Eigenverantwortung. Die restliche Zeit wird für organisatorische Tätigkeiten, Weiterbildung, Supervision, Teilnahme an den regelmäßigen Teamsitzungen und Austausch mit der Regionalleitung verwendet.



## **2.5 Gesundheitsförderung im Arbeitsbereich der Psychiatrie**

Folgender Abschnitt gibt einen Überblick über die aktuelle Position der Gesundheitsförderung in der Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen.

Im Bereich der Psychiatrie wurde erfahrungsgemäß dem Ansatz der Gesundheitsförderung nur wenig Beachtung geschenkt, stattdessen stand die Erkrankung im Zentrum des Geschehens. Diese pathogene Gegebenheit kann möglicherweise auf die Verinnerlichung des medizinischen Paradigmas der ÄrztInnen und deren Krankheitslehre zurückgeführt werden. (vgl. Schulze-Steinmann 2008:5-6) Zwar sind psychisch beeinträchtigte Menschen in gewisser Weise bereits gesundheitsgeschädigt, dennoch ist es möglich und auch sinnvoll, mit ihnen gesundheitsförderlich zu arbeiten. Insbesondere auch deswegen, um eine ganzheitliche, lebensweltorientierte Betrachtung zu gewährleisten. (vgl. Brieskorn-Zinke/Köhler-Officerski 1997:185)

„Galt der Patient noch bis vor einigen Jahren als behindert, voller Nichtkönnen und Nichtwissen, wird heute versucht, auf seine Stärken, seine Interessen und seine Ressourcen zu achten. Dass dies (...) ein bisweilen ungewohnter Weg ist, sei nicht verhehlt.“ So beschreibt Rössler (2004:V) die neuen konzeptuellen gesundheitsförderlichen Entwicklungen im Arbeitsbereich der Psychiatrie.

Speziell die Unterstützungsleistung der Sozialarbeit übernimmt in der Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen wichtige Funktionen wie Beziehungsarbeit, Lebenswelteinschätzung, Informationsvermittlung, Ressourcenerschließung, Bereitstellung von Hilfsmöglichkeiten in Krisensituationen und Zeit und Geduld. Da eine ganzheitliche lebensweltorientierte Wahrnehmung und Unterstützung auch den Blick auf die Gesundheitsunterstützung erfordert, fungieren die SozialarbeiterInnen als UnterstützerInnen des Wohlbefindens und ermöglichen somit eine Förderung der Gesundheitsunterstützung. Denn nur durch eine kontinuierliche Einbeziehung der Gesundheitsförderung in die tägliche Arbeitsweise, wird eine Stärkung der Gesundheitskompetenzen der psychisch beeinträchtigten Menschen in deren Lebenswelten vorangetrieben. (vgl. Brieskorn-Zinke/Köhler-Officerski 1997:184)

### **2.5.1 Gesundheitsförderliche Arbeitsprinzipien**

Laut Brieskorn-Zinke/Köhler-Officerski (1997:80) sind „die Vorgehensweisen der Gesundheitsförderung (...) in das Methodenrepertoire der Sozialen Arbeit gut integrierbar beziehungsweise haben eine hohe Übereinstimmung“. Hierzu werden Schlagwörter wie Ressourcenorientierung, Selbsthilfekräfte, Selbstbefähigung, Selbsthilfe und Empowerment genannt. (vgl. Bosshard 2008:156-157) Nachstehend werden einige gesundheitsförderliche Prinzipien für die Soziale Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen angeführt.

Das oberste Ziel der Gesundheitsförderung besteht aus der Erhöhung der Lebensqualität, sprich aus der Milderung und Beruhigung der Krankheitssymptome durch verschiedene Maßnahmen. Insofern besteht kein Anspruch auf vollkommene Heilung. Betroffene werden zu einem besseren Umgang mit sich selbst und ihrem Lebensumfeld ermächtigt, sodass eine Lebensqualität gewonnen und Zufriedenheit entfaltet werden kann. Dadurch erkennen psychisch beeinträchtigte Menschen, wie sie - trotz ihrer zerrütteten Gesundheit - ihr Leben bewerkstelligen können. Es werden Umgangsformen mit der Erkrankung und den Symptomen besprochen, Persönlichkeitsreifungsprozesse begünstigt und die Kräfte der Selbstheilung angeregt und Selbsthilfetätigkeiten in das Zentrum gestellt. (vgl. Mühlum 2008:62-64)

Es zählt zum Auftrag der Sozialen Arbeit, Personen in einem Prozess zu ermächtigen, um die Selbstheilungskräfte der Betroffenen zu stärken, dass sie ihre verbliebenen Fähigkeiten in einem möglichst normalen sozialen Kontext bestmöglich gebrauchen können. (vgl. Ortmann/Waller 2005:142-150) Das heißt, „dass die Betroffenen ihrem Lebensplan möglichst nahe kommen, wie sie gelebt hätten, wenn die Krankheit nicht ausgebrochen wäre.“ (Finzen 1998:73) Durch die Ansätze des Empowerments erlangen die Betroffenen das bewusste Kontrollgefühl über wesentliche Aspekte des eigenen Lebens. Alle Individuen werden als vollwertige Menschen mitsamt deren Bedürfnissen und Rechten betrachtet. Ebenso brauchen Menschen, die oftmals wenige Kompetenzen aufweisen, die Kontrolle und Selbstbestimmung über ihr eigenes Leben. (vgl. Ortmann/Waller 2005:24)

Genauso bedeutsam sind das Erkennen und die Wertschätzung der stets vorhandenen gesunden Anteile. Da ein kranker Mensch nicht nur ein Symptomträger ist, sondern ebenso ein Mensch mit Ressourcen und Kräften, die in seiner

Alltäglichkeit und in seinem Milieu verankert sind. Zur Gewährleistung der Lebensqualität nimmt die Förderung der vorhandenen individuellen, sozialen und körperlichen Ressourcen eine fundamentale Stellung ein. (vgl. Finzen 1998:73) Durch Beobachtungen und Interventionen halten die SozialarbeiterInnen im sozialen Lebensumfeld primär Ausschau nach Ressourcen und deren Wirkungen auf die Menschen und unterstützen etwaige individuelle Verhaltensveränderungen. (vgl. Ortmann/Waller 2005:22)

Das von Antonovsky formulierte Konzept der Salutogenese findet häufige Anwendung in der Gesundheitsförderung. (vgl. Ortmann/Waller 2005:8) Gleichermäßen offenbart es eine Bereicherung für die Soziale Arbeit im Bereich der Psychiatrie, da es die Relativität von Gesundheit und Krankheit zum Thema macht: Demnach existieren keine Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, die 24 Stunden am Tag psychisch krank sind, weil es laut dem Konzept keine Menschen gibt, die ausschließlich krank sind - alle Menschen weisen stets auch gesunde Anteile auf. (vgl. Bosshard 2008:156)

Die Arbeitsweise der Salutogenese orientiert sich an der Lebenswelt, an den Ressourcen und an den Selbstheilungskräften der Menschen und ist somit in eine Soziale Arbeit mit Personen, die einen komplexen Hilfebedarf aufweisen, bestens integrierbar und gewinnbringend. Speziell chronisch psychisch beeinträchtigte Menschen profitieren von dem Ansatz der Salutogenese, weil der Fokus auf die gesunden Anteile beim Umgang mit den so genannten unheilbaren Krankheiten hilft. (vgl. Ruhl 2008:1)

### **3 DAS KONZEPT DER SALUTOGENESE NACH AARON ANTONOVSKY**

Dieser Abschnitt dient als Einführung in das Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky. Hierbei handelt es sich um ein biopsychosoziales Gesundheitsmodell, das für den Gesundheitsbezug in der Sozialen Arbeit mit Menschen, die an psychischen Störungen leiden, von wesentlicher Bedeutung ist.

Bei dem Begriff der „Salutogenese“ handelt es sich um eine Wortneuschöpfung, die Antonovsky als Antonym zur „Pathogenese“ (Krankheitsursache) wählte. Das Wort „Salutogenese“ setzt sich aus dem lateinischen Begriff „salus“ und dem griechischen Wort: „genese“ zusammen und bedeutet demzufolge soviel wie „Gesundheitsentstehung“ oder „Ursprung von Gesundheit“. (vgl. Grabert 2007:16) Verhaltensveränderungen. (vgl. Ortmann/Waller 2005:22)

Der erste Teilabschnitt widmet sich der Person Aaron Antonovsky. Anschließend wird das Konzept der Salutogenese mitsamt seiner Grundlagen und Hauptelementen präsentiert. Das Kohärenzgefühl, das allgemein als Herzstück der Salutogenese bezeichnet wird, soll darauf folgend dargestellt werden. Der letzte Teil befasst sich mit dem aktuellen Forschungsstand der Salutogenese und weist auf einige Kritikpunkte hin.

#### **3.1 Zur Person Aaron Antonovsky**

Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky wurde 1923 in den Vereinigten Staaten geboren und absolvierte dort das Studium der Soziologie. Nach Abschluss des Studiums emigrierte Antonovsky, gemeinsam mit seiner Frau Helen, nach Jerusalem.

Im Jahre 1979 veröffentlichte Antonovsky sein erstes Werk mit dem Titel „Health, Stress and Coping: New perspectives on mental and physical well-being“. Sein zweites Hauptwerk erschien im Jahre 1987 unter dem Titel: "Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well.“ Darin vertritt Antonovsky konsequent seinen neuen Blickwinkel, indem er die Entstehung von Gesundheit diskutiert und das ressourcen- und stresstheoretische Modell der Salutogenese

präsentiert. Antonovsky verstarb im Jahre 1994 in Israel. (vgl. Antonovsky 1997:13-14 und Felder-Stocker u.a. 2000:16-17)

Antonovskys Weltbild und Anthropologie veranschaulicht den immerwährenden Stress des Lebens durch die Metapher des Seiltänzers, in dieser vergleicht er das Leben mit dem Balanceakt auf einem Seil: Dem Ringenden, der ständig versucht sein Gleichgewicht herzustellen, wird zusätzlich noch aufgebürdet, sein Gewand zu wechseln und allerhand andere schwierige Sachen auszuführen. (vgl. Antonovsky 1979:76-80) Verhaltensveränderungen. (vgl. Ortmann/Waller 2005:22)

### **3.2 Hintergründe zur Entstehung des Salutogenese Modells**

Angeregt von Forschungen zur Traumabewältigung entwickelte Aaron Antonovsky sein Konzept der Salutogenese. Grundlegend hierfür war eine im Jahre 1970 durchgeführte Studie zu den gesundheitlichen Auswirkungen der Wechseljahre. In dieser untersuchte Antonovsky eine Gruppe von europäischen Frauen, die den Aufenthalt eines Konzentrationslagers überlebt hatten. Antonovsky stellte sich sodann die Frage, wie es möglich war, dass - trotz dieses traumatisierenden Lebensabschnittes - immerhin fast ein Drittel dieser Frauen über eine relativ gute Gesundheit verfügten. (vgl. Antonovsky 1993:15) „To have gone through the most unimaginable horror of the camp, followed by years of being a displaced person, and then to have reestablished one`s life in a country which witnessed three wars (...) and still be in reasonable health. This, for me, was the dramatic experience which consciously set me on the road to formulating what I came to call the salutogenetic model.“(Antonovsky 1987:XI)

Ausgehend von diesen Forschungsergebnissen interessierte sich Antonovsky besonders für Gesundheitsbedingungen. Forschungsmethodisch fragte er nach dem abweichenden Fall: „Wer sind die Personen, die trotz Risikofaktoren keine koronare Herzerkrankung bekommen? Wer sind die Raucher, die keinen Lungenkrebs bekommen?“ (Antonovsky 1987:11). Um aufzuspüren, welche Strategien und Bewältigungsmechanismen mit Gesundheit verbunden sind, interviewte er eine große Anzahl von gesunden Menschen. Hierbei entdeckte Antonovsky äußerst individuelle, unterschiedliche menschliche Umgangsformen auf pathogene Einflussfaktoren. Vorerst gelang es Antonovsky, bestimmte Widerstandsressourcen

(die für den Ausgleich von krankmachenden Einflüssen sorgen) zu beschreiben. Erst später erfolgte die Entwicklung eines umfangreichen Konzeptes, das er als „sense of coherence“ (deutsch: Kohärenzgefühl) bezeichnete. (vgl. Antonovsky 1997:15-16)

### **3.3 Die salutogenetische Fragestellung**

Die Salutogenese beschäftigt sich mit der Erforschung und Unterstützung von gesundheitsfördernden und gesundheitserhaltenden Bedingungen. Antonovsky wendet sich mit dem Konzept der Salutogenese sowohl von der Ursachenforschung der Krankheiten als auch von der Krankheitsentstehung (Pathogenese) ab. Stattdessen richtet er seine Grundfragen nach den Entstehungs- und Erhaltungsbedingungen von Gesundheit. Antonovsky setzt mit seiner Frage: „Why do people stay healthy?“ (Antonovsky 1979:35) einen völlig neuen Schwerpunkt: Sein Konzept geht von der grundlegenden Fragestellung aus, warum Menschen trotz vieler gefährdender und belastender Faktoren gesund bleiben, beziehungsweise warum Menschen gesundheitliche Problemlagen erfolgreich bearbeiten und ausgleichen können. (vgl. Pauls 2004:91)

Für Antonovsky, ist es nicht verwunderlich, dass Menschen krank werden. Er vertritt die Ansicht, dass es viel eindrucksvoller ist, dass Menschen gesund bleiben: "How do some of these people manage to stay reasonably healthy?" (Antonovsky 1979:8) „Das einzige Rätsel ist, warum einige Menschen manchmal weniger als andere leiden.“ (Antonovsky 1993:13)

In seinem zweiten Hauptwerk beschreibt Antonovsky das Konzept der Salutogenese anhand der Metapher eines Flusses: „Niemand geht sicher am Ufer des Flusses entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, dass ein Großteil des Flusses sowohl im wörtlichen wie auch im übertragenen Sinn verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluss, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudeln führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: „Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluss befindet (...) ein guter Schwimmer?““ (Antonovsky 1997:92) Wie Antonovsky hiermit veranschaulicht, befinden sich Menschen stets in einem gefährdeten gesundheitlichen Gleichgewicht. (vgl. Bengel u.a. 1998:26)

Die pathogenetisch orientierte Vorgehensweise (die sich ausschließlich mit der Entstehung und Behandlung von Krankheiten beschäftigt) gleicht in der Metapher von Antonovsky dem Versuch, Menschen mit großem Aufwand aus einem reißenden Fluss zu retten. Ohne sich Gedanken darüber zu machen, wie sie da reingefallen sind und warum sie keine besseren Schwimmer sind, vergleichbar mit RettungsschwimmerInnen, die Ertrinkende aus dem Strom retten. Im Gegenstück hierzu sieht die Salutogenese den Fluss als den Strom des Lebens. Eine salutogenetische Hilfestellung ermöglicht den Menschen, die ja grundsätzlich Schwimmer sind, ein Schwimmtraining. Damit Menschen gut und besser schwimmen können. Da der Lebensfluss jedoch gefährlich bleibt, brauchen Menschen oft Schonräume, in denen ihnen beispielsweise das Erproben und Üben von Fähigkeiten ermöglicht wird, in denen Menschen diverse Schwimmtechniken verbessern können. (vgl. Institut für Burnout-Prophylaxe 2008:1)

### **3.4 Das Gesundheits- und Krankheitskontinuum**

Antonovsky spricht sich gegen eine positive und ideale Definition von Gesundheit aus und übt Kritik an der Gesundheitsformulierung der Weltgesundheitsorganisation. Er bekräftigt, dass diese Definition eine utopische Erwartung erweckt. Laut dem Konzept der Salutogenese ist die Suche nach der absoluten Gesundheit und nach der absoluten Krankheit irreführend. (vgl. Antonovsky 1979:37). Stattdessen beschreibt der salutogenetische Ansatz die Gesundheit als einen labilen, dynamischen, aktiven und selbstregulierenden Prozess: Fundamental ist die Fähigkeit von Menschen durch ihre Organismen ihre Ordnung aufrechtzuerhalten beziehungsweise immer wieder herzustellen. (vgl. Pauls 2004:92) „Der salutogenetische Ansatz betrachtet den Kampf in Richtung Gesundheit als permanent und nie ganz erfolgreich.“ (Antonovsky 1993:19)

Antonovsky vertritt die Sichtweise, dass Menschen nie hundertprozentig gesund oder hundertprozentig krank sein können: Gesundheit und Krankheit werden nicht als absolute Gegensätze aufgefasst, sondern sie bilden die beiden Pole eines gemeinsamen Kontinuums. Gesundheit und Krankheit werden als wechselnde unterschiedliche Zustände angesehen, die sich gewissermaßen überlappen und in einem gegenseitig wirkenden Verhältnis zu einander stehen. Wobei weder die völlige Gesundheit noch die völlige Krankheit für Menschen wirklich erreichbar ist, weil

Menschen immerzu in einem bestimmten Verhältnis beides sind: sowohl gesund, als auch krank. Selbst wenn sich Menschen als überwiegend gesund erleben, sind auch Teile von ihnen krank und solange Menschen am Leben sind, besitzen sie auch noch gesunde Anteile. „In dem Bild des Kontinuums will Antonovsky aufzeigen, dass jeder Mensch, solange noch ein Hauch Leben in ihm ist, in einem gewissen Ausmaß gesund ist. Mit dieser Überzeugung begegnet man Menschen anders.“ (Felder-Stocker u.a. 2000:23)

Individuen befinden sich im Fluss zwischen den beiden Endpolen der Gesundheit und der Krankheit irgendwo auf dem Kontinuum. Die salutogenetische Arbeitsweise forscht nach der Lokalisation eines Menschen auf diesem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Sie ist daran interessiert zu erfahren, welchen Abstand Individuen zu den jeweiligen Endpunkten einnehmen. Betrachtet werden die Gesundheitsfaktoren, die eine Annäherung auf den gesunden Endpol des Kontinuums bewirken. So Antonovsky: „Was bewegt Menschen immer wieder sich in Richtung des gesunden Pols des Kontinuums zu bewegen?“ (Antonovsky 1979:15) Diese Fragestellung beinhaltet einen Fokus auf Copingressourcen. (vgl. Pauls 2004:91 oder Antonovsky 1997:30) Die Position auf diesem Kontinuum bestimmt somit, ob Menschen eher gesund oder eher krank sind und ist das Resultat eines Prozesses zwischen belastenden Faktoren (Stressoren) und Schutzfaktoren (Widerstandsressourcen).

Lamprecht und Johnen (1997) veranschaulichen in ihrem Werk „Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik?“ am Beispiel einer Waage das Modell der Salutogenese mit den Polen der Gesundheit und der Krankheit. Eine Waagschale fasst alle gesundheitserhaltenden, sprich salutogenen Faktoren und die andere Waagschale beinhaltet alle krankmachenden, sprich pathogenen Faktoren. Ziel soll es sein, ein Übergewicht an salutogenen Faktoren zu erhalten, um sich auf dem Kontinuum in Richtung des gesunden Pols zu bewegen.

### **3.5 Gesundheits- und Risikofaktoren**

An dieser Stelle erläutere ich zwei weitere Elementen der Salutogenese: Antonovsky unterscheidet generalisierte Widerstandsressourcen (Gesundheitsfaktoren) und generalisierte Widerstandsdefizite (Risikofaktoren) zwischen denen der menschliche Organismus eine Ausgeglichenheit anstrebt.



### **Generalisierte Widerstandsdefizite oder generalized resistance defizits**

Wie oben bereits erwähnt, bezeichnet Antonovsky die Gesundheit als ein labiles, aktives und sich dynamisch regulierendes Geschehen. Beeinflusst bzw. ausgelöst wird dieser Prozess durch eine Fülle von Stressoren, die das menschliche Gleichgewicht stören und zu Spannungszuständen und zu Stress führen. Zu den generalisierten Widerstandsdefiziten, den sogenannten Stressoren, zählen jegliche Herausforderungen des Lebens, für die keine Reaktionen unmittelbar zur Verfügung stehen. Stress entsteht, wenn der Organismus die Spannungszustände nicht bewältigen kann. Für Antonovsky ist es maßgeblich, wie die einzelnen Menschen diese Spannungen regulieren. (vgl. Bengel u.a. 1998:33 und Felder-Stocker u.a. 2000:24)

### **Generalisierte Widerstandsressourcen oder generalized resistance resources**

Unter generalisierten Widerstandsressourcen versteht Antonovsky „jedes Phänomen, das zur Bekämpfung eines weiteren Spektrums von Stressoren wirksam ist“. (Antonovsky 1997:16) Hierzu zählt er soziale Unterstützung, kulturelle Stabilität, Ich-Stärke, Geld, religiöse und philosophische Wertsysteme. Diese Faktoren aktivieren die Kraft, die zur Bewältigung von Spannungszuständen benötigt wird. (vgl. Antonovsky 1979:102-119 und Felder-Stocker u.a. 2000:24) Demgemäß bestimmen die Widerstandsressourcen die Stärke der individuellen Bewältigungskompetenz.

Hierbei handelt es sich um Faktoren und Einflüsse, welche Anspannungen lindern und bewältigbar machen. Die salutogenetische Arbeitsweise begibt sich auf die Suche nach allen positiven Faktoren, die die Gesundheitsförderung des Organismus unterstützen und folglich Stresszustände vermeiden können. Kurz gesagt, sollen Schutzfaktoren gesucht werden, die - trotz der ständigen Krankheitsgefährdung - die Gesundheit erhalten können. Solche Faktoren bewirken, dass ein Mensch mit stressreichen Umständen so gut umgehen kann, dass er seine Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum beibehalten oder verbessern kann. (vgl. Antonovsky 1997:22, 25)

Widerstandsressourcen sorgen für jene Informationen, die zur Stressbewältigung beansprucht werden und bewirken ob ein Stimuli zu einem malignen Stressor wird oder ob dieser eine salutogene Nachwirkung mit sich bringt. Sie stellen Schutz und

Widerstand gegen körperliche, psychische und soziale Stressoren her und werden aktiviert, wenn zum Beispiel Lebensbelastungen, Konflikte, Krisen, Krankheitserreger und Schadstoffe auftauchen, um diese bewältigbar zu machen. Die oben genannten Grundfaktoren der generalisierten Widerstandsfaktoren bewirken die Herstellung eines widerstandsfähigen Lebenskonzeptes und sorgen somit für eine kognitive, emotionale und praktische Stressbewältigung. Menschen, die ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl besitzen, können flexibel auf Anforderungen reagieren. Es aktiviert die für eine spezifische Situation brauchbarsten Ressourcen und steuert als flexibles Steuerungsprinzip, durch die Anregung von Copingstrategien, das konkrete Copingverhalten. (vgl. Antonovsky 1993:4)

### **3.6 Das Kohärenzgefühl oder “sense of coherence” (SOC)**

Antonovsky bezeichnet das Kohärenzgefühl als die zentralste Widerstandsressource gegen psychische Belastungen. Somit nimmt sein Konzept des Kohärenzgefühls, speziell in der Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen, eine wichtige Position ein.

Antonovsky besagt, dass äußere Faktoren zwar sehr wohl die Gesundheit gefährden können, trotzdem gibt es unter gleichen Bedingungen unterschiedliche Gesundheitszustände. Antonovsky konzipierte das Konzept des „sense of coherence“, kurz SOC, das in deutscher Übersetzung "Kohärenzgefühl" genannt wird. Ausgangspunkt für die Überlegungen zum Kohärenzgefühl ist seine Annahme, dass der Gesundheits- bzw. Krankheitszustand eines Menschen wesentlich durch eine individuelle, mentale Einflussgröße bestimmt wird: Durch eine seelisch-geistige Grundhaltung des Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben. Diese Haltung besagt, wie gut ein Mensch in der Lage ist, Ressourcen zur Gesundheitserhaltung zu nutzen. (vgl. Institut für Burnout 2008:3)

#### **3.6.1 Definition Kohärenzgefühl und Komponenten des Kohärenzgefühls**

Die Antwort auf die salutogenetische Fragestellung liefert das Kohärenzgefühl. Antonovsky formuliert das Kohärenzgefühl wie folgt: „This central concept (...) was defined as a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic, feeling of confidence that one's internal and

external environments are predictable and that there is a high probability that things will work out as well as can reasonably be expected.“ (Antonovsky 1979:23) In der deutschen Übersetzung von Alexa Franke steht hierzu folgendes: „Eine globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem man ein durchdringendes, andauerndes aber dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass die eigene interne und externe Umwelt vorhersagbar ist und dass es eine hohe Wahrscheinlichkeit gibt, dass sich Dinge so entwickeln werden, wie vernünftigerweise erwartet werden kann.“ (Antonovsky 1997:16)

Laut Antonovsky ist das Kohärenzgefühl eine zeitstabile Persönlichkeitskonstante die sich aus drei Teilbereichen zusammensetzt. Es beschreibt grundsätzlich eine bestimmte Lebenseinstellung mit der ein Individuum „die Welt als vorhersagbar und verstehbar wahrnimmt, eine Welt der Form, Struktur und Gesetzmäßigkeit“. (Felder-Stocker u.a. 2000:25) Das Gefühl, die Welt als zusammenhängend und sinnvoll zu erfahren. Um dies erlebbar zu machen, braucht es das Zusammenwirken von drei dauerhaften Grundeinstellungen, über die Menschen in unterschiedlich ausgeprägter Weise verfügen: Die Komponenten der Verstehbarkeit, der Bewältigbarkeit und der Bedeutsamkeit. Antonovskys Hypothese hierzu lautet: Je mehr ein Mensch den Zusammenhang, die Stimmigkeit und die Sinnhaftigkeit der Welt wahrnimmt und seine Krisen meistern kann, umso gesünder ist er. (vgl. Ortmann/Waller 2005:9)

### **Komponente 1: Das Gefühl der Verstehbarkeit (sense of comprehensibility)**

Antonovsky beschreibt “comprehensibility” folgendermaßen: „It refers to the extent to which one perceives the stimuli that confront one, deriving from the internal and external environments, as making cognitive sense, as information that is ordered, consistent, structured, and clear, rather than noise-chaotic, disordered, random, accidental, inexplicable.“ (Antonovsky 1987:16-17)

Das Gefühl der Verstehbarkeit beschreibt (als kognitives Verarbeitungsmuster) die Erwartung einer Person, dass Anforderungen aus der Umwelt im Verlauf des Lebens zu geordneten, strukturierten Informationen verarbeitet und als vernünftig vorhersagbar und erklärbar einzuschätzen sind. (vgl. Antonovsky 1997:34) Mit der Komponente der Verstehbarkeit wird die Welt als vorhersehbar und verstehbar

angesehen: Überraschende innere und äußere Stimuli können hiermit eingeordnet und erklärt werden. (vgl. Felder-Stocker u.a. 2000:26)

Bei dieser aktiven Komponente handelt es sich um eine kognitive Fähigkeit, die zur Sinnerzeugung eingesetzt wird. Sie stellt aus regellos erscheinenden Stimuli und Informationen des Umfeldes einen verstehbaren Zusammenhang her. Speziell in der Stressabwehr findet diese Komponente ihren Einsatz. Ereignisse, die als sinnvoll wahrgenommen werden, können überdies als Herausforderung angenommen werden. (vgl. Antonovsky 1987:17)

### **Komponente 2: Das Gefühl der Bewältigbarkeit (sense of manageability)**

Diese Komponente beschreibt (als kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster) das optimistische Vertrauen von Menschen, geeignete Ressourcen zur Verfügung zu haben, um Lebensanforderungen bewältigen zu können und die Gewissheit, dass alle Schwierigkeiten lösbar sind. „Ereignisse werden als Erfahrung gewertet, mit denen man umgehen kann und als Herausforderungen angesehen, die angenommen werden.“ (Antonovsky 1997:35) Die Komponente trägt dazu bei, ob ein Mensch ein Ereignis als beeinflussbar erlebt und so eine Verantwortung für dessen Verlauf übernimmt oder ob er in eine Opferrolle verfällt. Dieses Gefühl inkludiert auch den Glauben an eine höhere Macht oder an die Unterstützung anderer Menschen bei der Bewältigung von Problemen. (vgl. Antonovsky 1979:127-129 und Ortmann/Waller 2005:9)

Laut den Aussagen von Antonovsky handelt es sich hierbei um das Ausmaß “to one perceives that resources are at one`s disposal which are adequate to meet the demands posed by the stimuli that bombard one” (Antonovsky 1987:17). Es geht um die Mobilisation innerer und äußerer Ressourcen in Belastungssituationen, damit Stressgefühle vermieden werden können. Menschen, die über ein hohes „manageability“ verfügen, haben das Gefühl, dass alles bewältigbar ist. (vgl. Antonovsky 1987:18)

### **Komponente 3: Das Gefühl der Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness)**

Das Gefühl der Bedeutsamkeit ist die dritte Komponente des Kohärenzgefühls und ist der Grundstein, auf dem die bereits oben beschriebenen Komponenten der Verstehbarkeit und der Bewältigbarkeit aufbauen.

Hierbei handelt es sich um eine emotional-motivationale Komponente. Sie beschreibt das Gefühl, inwiefern ein Mensch sein eigenes Leben, seine Biographie, sein Tun, seine Ziele und Werte als emotional sinnvoll, wertvoll, interessant und lebenswert erlebt. Sie bestimmt, ob Menschen das Gefühl haben, dass es sich lohnt, Energie in die Anforderungen und in die weitere Lebensgestaltung zu investieren. Die Bedeutsamkeit beschreibt das Ausmaß, so Antonovsky: „Indem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet: Dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, dass man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, dass sie eher willkommene Herausforderungen sind als Lasten, die man gerne los wäre (...) dass die Anforderungen Herausforderungen sind, die Investitionen und Engagement verdienen.“ (Antonovsky 1997:35-36)

Menschen, die einen Sinn in ihrem Leben haben und ihre Alltäglichkeit als bedeutsam wahrnehmen, sehen auch darin die Wertigkeit, sich hierfür zu engagieren, Ereignisse als Herausforderung anzunehmen und Stress zu vermeiden. (vgl. Antonovsky 1987:18-20). „The crucial issue is whether there are spheres of life that are of subjective importance to the person.“ (Antonovsky 1987:22) Ist dies nicht der Fall, verfügen Menschen über ein schwaches Kohärenzgefühl. (vgl. Antonovsky 1987:28-29 und 1979:96)

Dahinter verbirgt sich die Motivation, das „Warum“. Erwartet wird, dass die jeweilige Lebenssituation durch eigenes aktives Handeln veränderbar ist und zu einem gewünschten Ergebnis samt den erwünschten Folgen führt. „Ohne Motivation reagiert man weniger auf Reize, die Welt wird zunehmend unverständlicher, und die Copingbemühungen werden schwächer.“ (Felder-Stocker u.a. 2000:29)

### **3.6.2 Beziehung der drei Komponenten zueinander**

An dieser Stelle werden kurz die Beziehungen zwischen den drei Komponenten des Kohärenzgefühls erläutert, da diese bei den einzelnen Menschen unterschiedlich stark ausgeprägt sind und einander bedingen.

Wenn Einwirkungen verstehbar und bewältigbar werden, können Menschen darauf reagieren: Vorhandene Ressourcen werden aktiviert und neue ergründet – Gesundheit wird aufgebaut und erhalten. Die Komponente der Bedeutsamkeit setzt somit Verstehbarkeit und Bewältigbarkeit voraus: Menschen werden aktiv, wenn sie ihre Situationen, die Maßnahmen zur Ergebniserreichung und die Ergebnisfolgen verstehen können und sich als mächtig genug erleben, eigeninitiativ und aktiv zu diesem Ergebnis beitragen zu können. Bedeutsamkeit birgt Herausforderungen: Ereignisse sind es Wert, emotional in sie zu investieren und sich für sie zu engagieren. Wenn einem unglückselige Ereignisse widerfahren, nimmt man diese Herausforderungen willig an, misst diesen Bedeutung bei und gibt sein Bestes, um sie mit Würde zu bewältigen. (vgl. Antonovsky 1997:36)

Die Komponente der Bedeutsamkeit ist jedoch die Wichtigste, da ohne dieser Verstehbarkeit und Bewältigbarkeit nur eingeschränkt wirken. Beispielsweise ist ohne dem Gefühl der Bedeutsamkeit der Sinn für Verstehbarkeit und Bewältigbarkeit automatisch niedriger: Wenn eine Person keinen Sinn im Leben sieht, kann diese kaum über einen längeren Zeitraum zufrieden bleiben. (vgl. Felder-Stocker u.a. 2000:27-28) Durch Anstrengung und Engagement können Menschen Verständnis und Ressourcen erlangen. Wobei Bewältigbarkeit von der Komponente der Verstehbarkeit abhängig ist. Folglich ist die Verstehbarkeit die zweit-wichtigste Komponente. (vgl. Antonovsky 1997:36-38)

### **3.6.3 Entwicklung und Veränderung des Kohärenzgefühls**

Antonovsky nimmt an, dass die Bildung des Kohärenzgefühls bereits in den frühen Lebensjahren stattfindet. Das Kohärenzgefühl entwickelt sich im Laufe der Kindheit/Jugend und wird von den gesammelten Erfahrungen und Erlebnissen beeinflusst. Während sich das Kohärenzgefühl in der Adoleszenz noch umfassend verändern kann, ist es laut Antonovsky, mit etwa dreißig Jahren ausgebildet und relativ stabil. Im Erwachsenenalter ist es deshalb nur noch schwer veränderbar. Laut

Antonovsky sei es kaum möglich „that one`s sense of coherence, once formed and set, will change in any radical way“. (Antonovsky 1979:188) Jedoch bestätigen mittlerweile zahlreiche weiterführende Forschungen, dass eine Veränderung und Entwicklung in jeder Lebenszeit stattfinden kann. (vgl. Wikipedia 2008:o.S.) Ob Menschen nun ein starkes oder ein schwaches Kohärenzgefühl herausbilden, hängt von den gesellschaftlichen Gegebenheiten ab, insbesondere von dem Vorhandensein der generalisierten Widerstandsressourcen, die wiederum ein starkes Kohärenzgefühl entstehen lassen.

### **3.6.4 Einfluss des Kohärenzgefühls auf die Gesundheit**

Antonovsky präsentiert das Kohärenzgefühl als das ausschlaggebende Merkmal für das Ausmaß potentieller Gesundheit. Das Kohärenzgefühl gilt als die zentralste Widerstandsressource gegen psychische Belastungen und Gesundheitsstörungen und steht konzeptionell im Zentrum der Salutogenese. Es setzt sich aus dem Resultat aller relevanten generalisierten Widerstandsressourcen zusammen und stellt eine subjektive Lebensgrundeinstellung gegenüber belastenden Lebensanforderungen dar. Hierbei handelt es sich um einen persönlichen Schutzfaktor mit dem es Menschen gelingt, Stressoren entgegenzuwirken. Menschen mit hohem Kohärenzgefühl können Stress und Spannungen erfolgreicher abbauen oder sie lassen sie erst gar nicht aufkommen. Das Kohärenzgefühl bestimmt darüber, welche Position ein Mensch auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum einnimmt und ob er sich in Richtung des gesunden Pols bewegt. Menschen, die über eine stabile Gesundheit verfügen, weisen ein hohes Kohärenzgefühl auf: Sie haben das Vertrauen, dass sie über genügend Ressourcen verfügen, um den Anforderungen des Lebens gerecht zu werden. Zusätzlich besitzen sie die Gewissheit, dass die Lebensereignisse erklärbar sind und dass sich das Leben und die damit zusammenhängenden Anstrengungen lohnen. (vgl. Grabert 2007:32-33)

Antonovsky misst der Bedeutsamkeit, im Sinne einer motivierenden Kraft, den größten Einfluss auf die Gesunderhaltung bei. So vermutet er, dass Verstehbarkeit und Bewältigbarkeit keinen gesundheitsschützenden Effekt aufweisen, wenn die zentrale Komponente der Bedeutsamkeit fehlt. (vgl. Grabert 2007:29)

Zunächst zeigt sich offensichtlich, dass Antonovskys Kohärenzgefühl für sich selbst bereits eine Begriffsbestimmung der seelischen Gesundheit offenbart. Genau genommen betrachtet Antonovsky die schützende Funktion der seelischen Gesundheit für das gesamte Gesundheitsgeschehen: Da die psychische Gesundheit für die Erzeugung der Rahmenbedingungen zuständig ist, in denen sich ebenfalls physische Gesundheit entfalten kann. Ein hohes Kohärenzgefühl hat aufbauende Wirkungen auf das Wohlbefinden. „I would (...) expect positive correlations between the SOC and many facets of well-being to the extent that the GRR which create the life-experiences that give rise to a strong SOC also directly promote well-being.“ (Antonovsky 1987:181).

Aufgrund bisheriger Forschungsarbeiten liegt vor, dass das Kohärenzgefühl eine entscheidende Rolle bei der Erhaltung beziehungsweise bei der Wiederherstellung psychischer Gesundheit spielt. Angesichts dieser Studien wäre es sinnvoll, das Kohärenzgefühl als ressourcenorientiertes Konzept, auf die Arbeit mit Menschen, die an psychischen Störungen leiden, zu beziehen. (vgl. Grabert 2007:85)

### **3.6.5 Zusammenspiel von Widerstandsressourcen und Kohärenzgefühl**

Generalisierte Widerstandsressourcen sind Faktoren, die Individuen mit kohärenten Lebenserfahrungen versehen und für die Formung des SOC förderlich sind. Das erklärt wiederum, dass Menschen die über ausreichende Widerstandsressourcen verfügen, ein starkes Kohärenzgefühl entwickeln können. Zusätzlich können Widerstandsressourcen nur bei Individuen mit hohem Kohärenzgefühl einen sinnvollen Einsatz finden, da lediglich diese Menschen die Fähigkeit besitzen, Ressourcen zu erkennen und für ihre Lebensbewältigung und Gesundheit angemessen zu nutzen. Das heißt: Menschen brauchen ein angemessenes Kohärenzgefühl, um Ressourcen nutzbar zu machen und das Leben positiv zu bewältigen, damit es auf Gesundheit hinführt. Die Kräfte, die in Ressourcen enthalten sind, können nur durch eine entsprechende Lebenshaltung, sprich durch das Kohärenzgefühl, entfaltet und genutzt werden. (vgl. Antonovsky 1979:189-191)



### **3.6.6 Coping**

So Antonovsky: „Sollte ich die wichtigste Konsequenz der salutogenetischen Orientierung in einem Satz zusammenfassen, so würde ich sagen: Salutogenetisches Denken eröffnet nicht nur den Weg, sondern zwingt uns, unsere Energien für die Formulierung und Weiterentwicklung einer Theorie des Coping einzusetzen.“ (Antonovsky 1997:30) Für ein erfolgreiches Copingverhalten werden alle drei Komponenten des Kohärenzgefühls benötigt. Die Stärke oder Schwäche des Kohärenzgefühls ist von großer Bedeutung für das Copingverhalten, sprich für die konkreten Formen der Stressbewältigung. „Let us define a coping strategy as an overall plan of action for overcoming stressors.“ (Antonovsky 1979:112)

### **3.7 Stand der Forschung in Bezug auf Antonovskys Theorie**

Bengel u.a. beurteilen den nützlichen Gehalt von Antonovskys Konzept als gewinnbringend. Dennoch behaupten die Autoren, dass das vollständige Salutogenese-Konzept bislang noch nicht ausreichend empirisch abgesichert sei. (Bengel u.a. 1998:o.S, zit. in: Institut für Burnout Prophylaxe 2008:3) Aufgrund seiner Komplexität wurde es nur wenig empirisch überprüft. (vgl. Felder und Stocker 2000:30) Das Konzept des Kohärenzgefühls hat sich hingegen empirisch gut bewährt: Der Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und der Gesundheit (sowohl psychisch als auch physisch) wurde bestätigt. (vgl. Grabert 2007:33)

Antonovsky konzipierte zur Erfassung und Messung des Kohärenzgefühls den Fragebogen zum Kohärenzgefühl, sprich den Fragebogen zur Lebensorientierung oder „Orientation to Life Questionnaire“ (SOC). Dieser fand seither in zahlreichen Studien einen erfolgreichen Einsatz. Laut Grabert (2007:33) wurden seit dem Jahre 1983 zirka 200 quantitativen Studien zum Kohärenzgefühl durchgeführt. In diesen Untersuchungen wurde ausschließlich der SOC-Fragebogen verwendet.

Qualitative Studien fanden lediglich als Ergänzung zum obig erwähnten SOC-Fragebogen ihren Einsatz. Im Jahre 2007 forschte Grabert ausschließlich qualitativ zum Thema des Kohärenzgefühls und belegte hiermit die These Antonovsky`s. (vgl. Grabert 2007:33)

### **3.8 Kritik am Modell**

Da das neue Paradigma des Salutogenese-Konzeptes ungewöhnliche Annahmen vertritt, bleibt Kritik nicht aus. Neben der bereits oben erwähnten empirischen Kritik, wurden weitere theoretische Kritiken laut.

Im Zentrum stehen vor allem die zahlreichen Unklarheiten der Theorie. Alexa Franke, die Herausgeberin der deutschen Ausgabe von Antonovskys Buch der Salutogenese, kritisiert die Unvollständigkeit des Konzeptes. Bereits im Vorwort schreibt sie, dass es nicht fertig gestellt sei, dass es Unklarheiten und Widersprüchlichkeiten beinhaltet und dass vieles nicht zu Ende gedacht wurde. Franke nennt Antonovskys Konzept ein Kernkonzept, das noch weiter erforscht und ausdifferenziert werden muss. (vgl. Antonovsky 1997:Vorwort)

Selbst Antonovsky nannte sein Werk ein unfertiges Konzept. Er ist der Auffassung, dass eine konzeptionelle Weiterentwicklung erfolgen müsse. (vgl. Antonovsky 1997:19) Bei dem Konzept der Salutogenese handelt es sich vor allem um ein theoretisches Konzept – die Umsetzung lässt Antonovsky jedoch relativ offen. (vgl. Felder-Stocker u.a. 2000:32) Bisher gab es nur wenige Ansätze, die das Modell der Salutogenese theoretisch entscheidend weiterbildeten. (vgl. Bengel u.a. 1998:91)

Laut weiteren Kritiken ist das Kohärenzgefühl von anderen verwandten Modellen wie Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugung, Optimismus, Hardiness oder Resilienz kaum zu unterscheiden. In diesen steckt die gemeinsame Überzeugung „dass Menschen Ressourcen und Hilfsquellen nutzen können, um ihre Belange eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt gestalten und vertreten können und so zu Gesundheit bzw. präventivem Gesundheitsverhalten bereit und fähig sind.“ (Institut für Burnout Prophylaxe 2008:3)

## **4 METHODISCHE UMSETZUNG DER QUALITATIVEN ERHEBUNG**

### **4.1 Zielsetzung**

Die vorliegende Forschungsarbeit untersucht, wie die SozialarbeiterInnen des Psycho-Sozialen Dienstes im Regionalbereich Waldviertel die psychische Gesundheit ihrer KlientInnen fördern. Das Interesse dieser Studie betrifft speziell die konkrete praktische Anwendung von gesundheitsförderlichen Interventionen. Zu diesem Forschungsvorhaben existieren keine Studien.

### **4.2 Qualitative Sozialforschung**

In den Sozialwissenschaften finden qualitative Sozialforschungen zunehmende Anwendung. (vgl. Flick 2005:11) Qualitative Untersuchungen erfordern eine Offenheit des ihr zugrunde liegenden Forschungsgegenstandes. (vgl. Lamnek 2005:20-21) Qualitative Sozialforschungen untersuchen wesentliche soziale Phänomene, die nicht durch standardisierte quantitative Methoden erfasst werden können. (vgl. Cicourel 1974:o.S., zit. in: Wikipedia 2008:o.S.) Da diese Studie um das Verständnis für Menschen und deren Handlungen geht und komplexe Deutungsmuster untersucht werden, wird für die Beantwortung der Forschungsfrage ein qualitativer Zugang gewählt.

### **4.3 ExpertInneninterview mit narrativen Elementen**

Gespräche und die Sprache der Subjekte nehmen in der qualitativen Sozialforschung eine primäre Stellung ein. Aus diesem Grunde dient in dieser Forschungsarbeit ein ExpertInneninterview mit narrativer Vorgangsweise als Erhebungsinstrument. (vgl. Mayring 2002:66)

ExpertInneninterviews zählen zu den häufig angewendeten qualitativen Forschungsverfahren zur Rekonstruktion komplexer Wissensbestände über einen zu untersuchenden Gegenstand. (vgl. Meuser/Nagel 2005:82) Die in den Interviews gewonnenen Daten bauen auf ein praxisbezogenes, themenrelevantes Wissen und Einschätzungen von Menschen, die aufgrund ihrer beruflichen Funktionen als

ExpertInnen gelten. Es werden ExpertInneninterviews nach Bogner/Littig/Menz durchgeführt. (sh. Bogner/Littig/Menz 2005: Das ExpertInneninterview.)

Bogner und Menz (2005:73) bezeichnen ExpertInnen als Personen, die Teile eines Systems sind und Verantwortungen und Entscheidungen tragen. „Der Experte verfügt über ein technisches Prozess- und Deutungswissen, das sich auf sein spezifisches professionelles oder berufliches Handlungsfeld bezieht. Insofern besteht das Experteninterview nicht allein aus systematisiertem, reflexiv zugänglichem Fach- oder Sonderwissen, sondern weist zu großen Teilen den Charakter von Praxis- oder Handlungswissen auf.“ (Bogner/Menz 2005:46)

ExpertInneninterviews werden meist durch sehr offene Formen des Gespräches geführt. In dem vorliegenden Forschungsvorhaben findet das narrative Interview Einsatz. Hierbei handelt es sich um eine spezielle Form des qualitativen Interviews, die von Schütze (1977) entwickelt wurde. (vgl. Lamnek 2005:357 und Flick 2005:147) „Das narrative Interview will durch sein freies Erzählen von Geschichten zu subjektiven Bedeutungsstrukturen gelangen, die sich einem systematischen Abfragen versperren würden.“ (Mayring 2002:73) Zu Interviewbeginn regt eine offene erzählgenerierende Einstiegsfrage die erzählende Kommunikation der Befragten an. Zusätzlich wird durch ein immanentes Nachfragen der Redefluss der Interviewten gewährleistet. (vgl. Flick 2005:149) Auf diese Weise besteht die Möglichkeit noch nicht Bedachtes anzusprechen und neue Ergebnisse und Erkenntnisse herauszufinden.

In diesem Forschungsprojekt werden durch eine gezielte Auswahl SozialarbeiterInnen, die im Psycho-Sozialen Dienst des Regionalbereiches Waldviertels tätig sind, als ExpertInnen befragt. Sie verfügen über langjährige Erfahrungen in der Betreuung von psychisch beeinträchtigten Menschen. Das Sample wurde auf die drei Beratungszentren Horn, Waidhofen/Thaya und Zwettl aufgeteilt und liegt bei sechs Personen. Insgesamt werden zwei männliche und vier weibliche SozialarbeiterInnen interviewt. Auch befindet sich der sozialarbeiterische Leiter unter den Befragten. Somit werden sechs von acht SozialarbeiterInnen des Regionalbereiches Waldviertels interviewt. Hiervon ausgenommen wurde die Beratungsstelle Gmünd, in der die Forscherin selbst und noch eine weitere Sozialarbeiterin beschäftigt sind.

#### **4.4 Datenerhebung und Datenerfassung**

„Zunächst soll die Datenerhebung in einer Umgebung stattfinden, die dem Befragten vertraut, weil alltäglich ist.“ (Lamnek 2005:388) Aus diesem Grunde wird als Interviewort die gewohnte Arbeitsstelle, die jeweiligen Beratungsstellen der SozialarbeiterInnen gewählt, da für die Untersuchung das berufliche Wissen im Vordergrund steht.

Zu Beginn des Interviews erhalten die ExpertInnen Informationen über den Gegenstand und das Verwertungsinteresse der Forschung. Im Interview beschreiben die SozialarbeiterInnen, die wesentlichsten psychischen Gesundheitsfaktoren und die damit verbundenen gesundheitsförderlichen Interventionen, die sie in ihrer Arbeit anwenden. Die Befragten gelten als die ExpertInnen und die Interviewerin gibt sich als interessierte Zuhörerin.

Die Datenerfassung erfolgt mittels akustischer computerunterstützter Audio-Aufzeichnung. Unmittelbar nach dem Gespräch werden Postskripte angefertigt. Postskripte können bedeutende Zusatzinformationen für das Auswertungsverfahren erfassen, welche in der Befragung selbst nicht zum Ausdruck kommen, wie beispielsweise Informationen über die Charakterzüge der Befragten, Eigentümlichkeiten der Befragung und die Örtlichkeit der Interviewsituation. (vgl. Lamnek 2005:391)

#### **4.5 Datenauswertung**

Um allgemeingültige Analysen zu erhalten, werden die gewonnen Daten aus den Interviews erhoben, analysiert und ausgewertet. Zuerst werden die Interviewdaten wortwörtlich in Schriftsprache transkribiert. „Durch wörtliche Transkriptionen wird eine vollständige Textfassung verbal erhobenen Materials hergestellt, was die Basis für eine ausführliche interpretative Auswertung bietet.“ (Mayring 2002:89)

Die qualitative Sozialforschung verfolgt das Ziel, aus dem Text Angaben über den „emotionalen, kognitiven Handlungshintergrund der Kommunikatoren“ zu fertigen. (Mayering 2003:52, zit. in: Lamnek 2005:519) Die Auswertung der Transkriptionstexte gibt anschaulich die jeweilige Sicht der Befragten wieder und bezweckt die Interpretation der Aussagen, die wertende Beurteilungen und

Sachverhalte darstellen. Da die Befragten die Forscherin als Kollegin einer anderen Beratungsstelle kennen, wird dies in der Datenauswertung beachtet, um eine korrekte Darstellung der Ergebnisse zu gewährleisten. (vgl. Lamnek 2005:386)

Die gewonnenen Daten der vorliegenden Forschungsarbeit werden im Sinne der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayering ausgewertet. (vgl. Mayering 2003:o.S., zit. in: Lamnek 2005:518-520) Als Analysetechnik wird die Form der Zusammenfassung gewählt. Ziel der Analyse ist es, „das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion ein überschaubares Korpus zu schaffen, das immer noch ein Abbild des Grundmaterials ist.“ (Mayering 2002:115)

#### **Interpretationsregeln der zusammenfassenden Inhaltsanalyse**

Z1 Regel:

Paraphrasierung der tragenden inhaltlichen Textstellen

Z2 Regel:

Generalisierung der Paraphrasen auf das angestrebte Abstraktionsniveau

Z3 Regel:

Erste Reduktion durch Selektion und Streichung gleichartiger Paraphrasen

Z4 Regel:

Zweite Reduktion durch Bündelung, Konstruktion und Integration von Paraphrasen (vgl. Mayering 2002:96)

Anhand der Zusammenfassung der Interviews kommt es zu der Bildung von Categoriesystemen, indem der Text zu ähnlichen Bedeutungssequenzen gebündelt wird, welche die wesentlichsten gewonnenen Daten darstellen. (vgl. Mayering 2002:114)

#### **4.6 Qualitätssicherung**

Speziell in qualitativen Studien ist es angebracht, der Qualitätssicherung eine primäre Position zu vergeben. (vgl. Froschauer/Lueger 2003:166) In diesem Forschungsprozess gilt die intersubjektive Nachvollziehbarkeit als das zentralste Qualitätskriterium. (vgl. Wikipedia 2008:o.S.)

Um die objektive Auswertung nachvollziehbar zu machen, leitet sie sich direkt aus den Ergebnissen ab. Je mehr Mitglieder der Projektgruppe die Daten deuten, desto valider sind die Interpretationen. Eine übereinstimmende Deutung der Interviewaussagen aller Forschungsmitglieder gilt als Gültigkeitskriterium. Bestenfalls wird eine Forschung nicht von einem Einzelnen, sondern von mehreren Forschungsmitgliedern ausgewertet. (vgl. Froschauer/Lueger 2003:167) Die Interviews der vorliegenden Forschung wurden von drei Forschungsmitgliedern interpretiert. Dadurch werden Effekte wie die persönliche Betroffenheit und die Voreinstellung der Forscherin abgewendet.

## **5 AUSWERTUNG UND ANALYSE DER ERHEBUNG**

Die folgenden Daten entstammen aus den sechs durchgeführten ExpertInnenbefragungen. Die transkribierten Interviews wurden zusammengefasst und in nachstehende 14 Categoriesysteme gebündelt. Zusätzlich wurden wesentliche Zusammenhänge mit Antonovskys Konzept der Salutogenese herausgearbeitet.

### **5.1 Darstellung der Forschungsergebnisse**

#### **5.1.1 Deckung der Grundbedürfnisse**

Die erste Kategorie bildet die Deckung der Grundbedürfnisse. Denn zu Beginn legen die ExpertInnen dar, dass psychisch beeinträchtigte Menschen ganz viele unterschiedliche subjektive Bedürfnisse besitzen, die häufig verborgen liegen und erforscht werden müssen. Um jedoch eine psychische Gesundheit gewährleisten zu können, müssen zuerst die Grundbedürfnisse wie Nahrung, Wohnung und Kleidung gedeckt werden.

Die Soziale Arbeit strebt eine Sicherstellung dieser Bedürfnisse an, indem zuerst finanzielle Ansprüche abgeklärt und Anträge erhoben werden. Häufig fehlen die finanziellen Mittel zur Bedürfnisdeckung, da die KlientInnen oftmals ihr ganzes Hab und Gut verlieren. Dies führt nicht selten zur existentiellen Gefährdung der Grundsicherung, die wiederum die psychische Gesundheit negativ beeinflusst. So wird im Rahmen der Sozialen Arbeit danach gestrebt, Rahmenbedingungen zu schaffen, die die psychische Verfassung begünstigen.

Laut den Interviewaussagen stellt das Vorhandensein von genügend Geld einen beachtlichen Gesundheitsfaktor dar. An dieser Stelle zeigt sich eine Übereinstimmung mit dem Konzept der Salutogenese: Antonovsky bezeichnet Geld als eine zentrale generalisierte Widerstandsressource, das zur Bekämpfung von Stressoren eingesetzt wird und somit die Stärke der individuellen Bewältigungskompetenzen bestimmt.



### **5.1.2 Ausrichtung auf Gesundheit**

Sobald die Grundbedürfnisse gedeckt sind, richten die SozialarbeiterInnen den Fokus auf die Gesundheit ihrer KlientInnen. Da psychisch beeinträchtigte Menschen bereits erkrankt sind, geht es den MitarbeiterInnen der Psycho-Sozialen Dienste um die Sekundärprävention. Gesundwerdung, Gesunderhaltung und die Begünstigung einer Verbesserung der psychischen Gesundheit sind die primären Zielsetzungen der Sozialen Arbeit. Allerdings heben die SozialarbeiterInnen in ihren Ausführungen deutlich hervor, dass keine vollkommene psychische Gesundheit angestrebt wird. Gleichermaßen fokussiert Antonovsky auf Hinbewegungen in Richtung des Gesundheitspols und etikettiert die vollkommene Gesundheit als Utopie.

In den Erhebungen wird deutlich, dass die Gesundheit in der alltäglichen Sozialen Arbeit zum Thema gemacht wird. Die SozialarbeiterInnen geben an, das Modell der Salutogenese, sprich einen ganzheitlichen Ansatz, im Hinterkopf zu haben. So wird behauptet, dass sich die Soziale Arbeit einfacher gestaltet, wenn sie sich in Richtung der Salutogenese bewegt, da dort die sozialarbeiterischen Handlungsfelder liegen. Stets ist es ein Bedürfnis, Veränderungen in der Handlungsebene zu bewirken, indem beispielsweise gesundheitsförderliche Verhaltensweisen aufgezeigt werden.

Gleichwohl wird der Gesundheitsbegriff aus einer salutogenetischen Sichtweise wahrgenommen. Demgemäß sind Menschen nicht einteilbar in „krank“ oder „gesund“, sondern bewegen sich lebenslang zwischen den Polen der Gesundheit und der Krankheit hin und her. Alle KlientInnen werden mehr oder weniger als gesund und krank angesehen. Denn kranke Menschen sind zugleich auch gesund. Antonovsky drückt diese Anschauung in seinem „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“ aus.

Der Ansatz macht deutlich, dass die Möglichkeit besteht, mit allen Personen gesundheitsförderlich zu arbeiten, da genauso psychisch beeinträchtigte Menschen über gesunde Anteile verfügen. Somit wird der salutogenetischen Betrachtungsweise eine außerordentliche Wirksamkeit in der Betreuung der primären Zielgruppe des Psycho-Sozialen Dienstes zugesprochen.

Die befragten SozialarbeiterInnen verstehen sich als GesundheitsunterstützerInnen. Sie sind bestrebt in Richtung psychische Gesundheit zu blicken und zu arbeiten.

Zudem vertreten sie folgende These: Je mehr Informationen Menschen über ihre psychische Erkrankung besitzen, desto eher können sie Handlungen der Krankheit entgegensetzen. So wird zuallererst der Umgang mit den Krankheitssymptomen besprochen. Zusätzlich wird auf Frühwarnzeichen eingegangen, damit diese als Hinweise wahrgenommen und beachtet werden können. Diese beschriebene Vorgangsweise gleicht einer Stärkung der Komponente der Verstehbarkeit und hilft dabei handlungsfähig zu bleiben.

Gesondert suchen die SozialarbeiterInnen nach Schutzmechanismen und konzipieren individuelle gesundheitsförderliche Maßnahmen. Wenn psychisch beeinträchtigte Menschen ihre Erkrankung annehmen und erkennen, wie sie mit dieser umgehen können, wird es ihnen wieder möglich im Leben Fuß zu fassen. Vergleichsweise schreibt Antonovsky dem Aufspüren von Schutzfaktoren einen wesentlichen Beitrag für die Gesundheitsentstehung und –erhaltung zu.

### **5.1.3 Gesundheitsförderlicher Umgang mit Diagnosen**

Die Kategorie drei beschreibt einen gesundheitsförderlichen Umgang mit den Diagnosen der KlientInnen. Da Menschen mit gleichen Diagnosen unterschiedliche Bedürfnisse aufweisen, wird immer von der individuellen Persönlichkeit und von einer ganzheitlichen Betrachtung ausgegangen. Für die SozialarbeiterInnen nimmt die Diagnose einen von vielen Punkten ein. Da die Erkrankung und die Symptome nicht immer präsent sind, haben für sie psychiatrische Diagnosen nur eine geringe Bedeutung. Stattdessen wird angestrebt zu erfahren, wie KlientInnen die Krankheit erleben und spüren: Diese subjektiven Empfindungen sind die Grundlage für den weiteren Arbeitsprozess. Ebenso steht das Gefühl der Verstehbarkeit in Verbindung zur subjektiven Selbstwahrnehmung.

Die psychiatrische Diagnose findet in der Sozialen Arbeit ihren zweckmäßigen Einsatz, wenn sie als Begründung für die Leistungsunfähigkeit der betroffenen Menschen in diversen Anträgen wie zum Beispiel zur finanziellen Absicherung, für Geldunterstützungen und Pensionsanträge verwendet wird. Und manchmal geben diese Diagnosen eine Orientierungshilfe, indem sie durch die vereinfachte Einordnung der Verhaltensweisen den Zugang zu den Personen erleichtern.

Auffallend erscheint, dass die Bedeutung der sozialen Diagnostik von den InterviewpartnerInnen unterschiedlich eingeschätzt wird. Die Einen geben an, soziale Diagnosen zu stellen, da ihr Arbeitsfokus auf der sozialen Situation der Individuen liegt. Hingegen bekräftigten andere SozialarbeiterInnen die Wertlosigkeit der sozialen Diagnostik, zumal sie diese lediglich als eine soziale Beschreibung wahrnehmen. Für sie sind die psychiatrischen Diagnosen gewichtiger, weil diese einerseits wesentlich mehr Informationen erfassen und andererseits als die gemeinsame Sprache verschiedener Berufsgruppen gelten.

#### **5.1.4 Anwendung einer ressourcenorientierten Arbeitsweise**

Folgendes Categoriesystem veranschaulicht die Ressourcenorientierung in der Sozialen Arbeit der Psycho-Sozialen Dienste. Die Befragten erläutern, dass der Problemfokus in der Sozialen Arbeit nur schwer wegzukriegen sei. Gleichwohl geben sie an, nicht nur problemfokussiert zu arbeiten. Stattdessen eigneten sie sich im Laufe ihrer Tätigkeit eine ressourcenorientierte Arbeitsweise an, die in ihrer Arbeit eine gezielte Anwendung findet. In diesem Zusammenhang wird der systemische Ansatz nach Willowitz erwähnt. Er schreibt den SozialarbeiterInnen die Funktion zu, durch die gezielte Anwendung von Filterungen und positiven Umdeutungen, auf eine Fähigkeitsebene zu kommen.

Sowohl Antonovsky als auch die befragten SozialarbeiterInnen gehen von dem Grundgedanken aus, dass die psychische Erkrankung nur einen Teil von der Ganzheitlichkeit eines Individuums ausmacht. Die restlichen Teile werden als gesund betrachtet. Es erscheint wesentlich, den Fokus auf gesunde Anteile zu legen und in der Beratung methodisch einzusetzen.

Der Ansatzpunkt für die Arbeit im Psycho-Sozialen Dienst sind die jeweiligen Ressourcen der KlientInnen. So werden die intakten Anteile durch verschiedenste Frageformen in Erfahrung gebracht. Weitere Maßnahmen werden direkt an diese angeknüpft und darauf aufgebaut. Als Ziel der Ressourcenarbeit wird die Stützung, Förderung und Vermehrung der funktionierenden Teile genannt.

Zur Wahrnehmung und Stärkung der gesunden Anteile schätzen die befragten SozialarbeiterInnen das Angebot einer verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie,

zur Verbesserung der kognitiven und sozialen Fertigkeiten, die im Rahmen des Psycho-Sozialen Dienstes Einsatz findet. Eine ressourcenorientierte Vorgehensweise befähigt Menschen deren eigene Fähigkeiten bewusst zu erleben und leistet somit einen Beitrag zur Kräftigung des Kohärenzgefühls. Genauso birgt sie das Vertrauen, geeignete Ressourcen zur Lebensbewältigung zur Verfügung zu haben.

Zumeist können die SozialarbeiterInnen die verbliebenen Ressourcen dienlich entdecken, einschätzen, stützen und stärken. Trotzdem sind diese oft sehr marginal. Werden keine gesunden Anteile wahrgenommen, können durch ein genaueres Erforschen und Experimentieren oder in tiefer gehenden Gesprächen immer noch verborgene Ressourcen entdeckt werden. Manch ungeahnte Fähigkeit wird auch erst oder gerade in Krisensituationen spürbar. Da in krisenhaften Zeiten verstärkt Ressourcen mobilisiert und Copingstrategien offen gelegt werden.

#### **5.1.5 Interventionen zum Aufbau und Stärkung des Selbstwertgefühles**

Kategorie fünf thematisiert die Förderung des Selbstwertgefühls bei psychisch beeinträchtigten Menschen. Antonovsky schreibt von der Ich-Stärke als peripheren Gesundheitsfaktor. Desgleichen erachten die interviewten SozialarbeiterInnen Interventionen zur Steigerung des Selbstwertgefühles als äußerst gewichtig, da speziell psychisch beeinträchtigte Personen einen sehr geringen Selbstwert besitzen.

Der Aufbau eines positiven Selbstwertgefühles wird als ein langer Prozess von Beziehungsarbeit beschrieben, indem zu Beginn ein Vertrauensaufbau forciert wird. Hierbei vermitteln die SozialarbeiterInnen das Gefühl der Beständigkeit, beispielsweise durch ein Nachfragen, wenn Termine nicht eingehalten werden. Folglich erhalten Betroffene das Empfinden für jemanden wichtig zu sein, zumal sie vermisst werden, wenn sie nicht erscheinen. Ebenso erleichtert ein positives Vertrauensverhältnis die Annahme von Unterstützung in der Krankheitsbewältigung und zeigt somit positive Auswirkungen auf das Gefühl der Bewältigbarkeit.

Laut den ExpertInnen leiden psychisch beeinträchtigte Menschen vielfach an Schuldgefühlen, die einerseits mit einem niedrigen Selbstwertgefühl einhergehen

und andererseits die Komponente der Verstehbarkeit enorm abschwächen. Für die Arbeit im Psycho-Sozialen Dienst ist es daher bindend, Schuldgefühle in den Gesprächen aufzurollen und zu thematisieren. Genauso weisen die Betroffenen Schwierigkeiten mit Grenzüberschreitungen auf. So werden Grenzziehungen aufgezeigt, welche für die Entwicklung der Menschen dienlich sind. Hierbei können gleichwohl die KlientInnen ihre eigenen Grenzen erkennen.

Zusätzlich wird in den Interviews von meist stark vorhandenen Verunsicherungen berichtet. In diesen Fällen erscheint es notwendig, die KlientInnen in ihrer Persönlichkeit zu bestätigen. Aus diesem Grunde teilen die SozialarbeiterInnen den Personen mit, dass es okay ist, dass sie so sind, wie sie sind, dass sie wertvolle Menschen sind und dass sie Funktionen im Leben haben. Betroffene werden angenommen wie sie sind, ihre Gefühle, Gedanken und Lebensgeschichten werden wertgeschätzt und ernst genommen.

Da das Verneinen von Erfolgen gute Wirkungen auf das Selbstwertgefühl hat, wird Ausschau nach Fortschritten gehalten und sodann den Betroffenen aufgezeigt. Auch sprechen die SozialarbeiterInnen den beeinträchtigten Personen Lob aus und sind ihnen gegenüber ehrlich und authentisch. Desgleichen geben die ExpertInnen an, kritisch zu sein, indem sie ihren KlientInnen mitteilen, welche Verhaltensweisen unpassend sind. Trotz allem gewährleisten sie die Anerkennung als Mensch. Eine ganzheitliche Betrachtung macht es den SozialarbeiterInnen möglich, bei Fehlhandlung lediglich die Handlung in Frage zu stellen und nicht den Menschen an sich.

#### **5.1.6 Vermittlung des Bewusstseins der Triade Körper, Seele und Geist**

Nachstehendes Categoriesystem behandelt das Zusammenspiel von Körper, Seele und Geist. Laut Antonovsky ist die psychische Gesundheit für die Schaffung von Rahmenbedingungen zuständig, in denen sich ebenso die physische Gesundheit entfalten kann. So wird den KlientInnen des Psycho-Sozialen Dienstes zuerst einmal bewusst gemacht, dass Körper, Seele und Geist eine Einheit sind. Zumal deren Einklang die Wahrscheinlichkeit erhöht, sowohl psychisch als auch physisch, gesund zu sein. Wesentlich erscheint den SozialarbeiterInnen auch die Beachtung der physischen Gesundheit, weil sich die psychische Verfassung und die körperliche

Befindlichkeit einander bedingen. Demnach wird eine körperliche Abklärung bei allen psychisch beeinträchtigten Menschen empfohlen und KlientInnen werden dahingehend motiviert.

Gleichwohl wird das Wohlfühlen im Körper im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit gesehen. Es werden verschiedenste Interventionen zur Stärkung des Wohlbefindens durchgeführt. Hierfür lernen KlientInnen zu spüren, welche individuellen Faktoren ihr psychisches Wohlbefinden positiv beeinflussen. Durch das Erfahrbarmachen der subjektiven Lebensqualität festigt sich zugleich das Gefühl der Bedeutsamkeit.

Zur Erforschung dieser Kräfte werden etwaige Fragetechniken verwendet, wie beispielsweise: Was spüren Sie? Wie geht es Ihnen damit? Was löst es bei Ihnen aus? Mithilfe der Frage werden Menschen befähigt, zu sich zu kommen, sich zu spüren und Wörter für ihre Gefühle zu finden. Erst dann ist es denkbar, gesundheitsförderliche Handlungen zu setzen und die damit verbundenen wohligen Empfindungen zu erleben.

Weiters glauben die SozialarbeiterInnen zu wissen, dass eine gewisse Entschleunigung und Entspannung für das psychische Wohlbefinden von großer Bedeutung sei. So lernen die KlientInnen wie sie Energiemanagement in ihrem alltäglichen Leben betreiben können und genauso werden etwaige Kraftquellen erkundet. Offensichtlich steht dies in Wechselbeziehung zur Komponente der Bewältigbarkeit, denn Personen bleiben, durch das Schaffen von Erholungsmöglichkeiten, handlungsfähig.

Zudem wird von den Befragten die Wechselwirkung zwischen dem äußeren Erscheinungsbild und dem inneren Gefühlserleben bekräftigt. Da psychisch beeinträchtigte Menschen versucht sind, ihre körperliche Hygiene zu vernachlässigen, weil sie vielfach das Gefühl haben, es nicht wert zu sein, sich zu pflegen. Dabei bedeutet Ungepflegtheit eine zusätzliche gesellschaftliche Ausgrenzung. So besprechen die SozialarbeiterInnen mit ihren KlientInnen konkrete Maßnahmen zu einer intensiveren Hygiene. Dies wird von den Befragten als eine besonders schwierige Angelegenheit erlebt, die enorm viel Feingespür voraussetzt.

Außerdem wird veranschaulicht, dass psychisch beeinträchtigte Leute kaum mehr körperlich aktiv sind. Dennoch stellt regelmäßige Bewegung, speziell für diese Menschengruppe, einen äußerst bedeutsamen Gesundheitsfaktor dar. Zu diesem Zwecke werden in den Gesprächen bewegungsfördernde Aktivitäten angesprochen und gemeinsam überlegt, welche Tätigkeiten für die Jeweiligen in Frage kommen. Laut den Darstellungen der ExpertInnen zeigen sich positive Effekte auf Körper und Seele, sobald körperliche Aktivitäten zum Ritual werden. Da psychische Erkrankungen Motivationsstörungen auslösen, kostet vielfach die Überwindung zur Bewegung zuviel Kraft. Zusätzlich liegt eine fehlende Konzentrationsfähigkeit vor, dies erschwert wiederum die Beachtung einer gesunden Ernährungsweise. Deswegen wird in den Gesprächen ebenso auf Ernährungsgewohnheiten eingegangen.

#### **5.1.7 Förderung der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung**

Die Stärkung von Selbständigkeit und Eigenverantwortung stellt eine grundlegende Zielsetzung der Sozialen Arbeit dar und nimmt auch in der Beschreibung der Forschungsergebnisse eine eigene Kategorie ein. Die KlientInnen des Psycho-Sozialen Dienstes werden dahingehend unterstützt, dass sie es, trotz ihrer Einschränkungen, schaffen, ein absolut selbstbestimmtes Leben zu führen.

Die Menschen werden auf ihre Eigenverantwortlichkeit hingewiesen, denn vielfach probieren sie ihre Verantwortung abzulegen und erscheinen mit dem Wunsch, sich wieder in Ordnung bringen zu lassen. Hier scheint es angebracht, ihnen die eigene Verantwortlichkeit, sowohl für ihr Leben als auch für ihre Gesundheit und Krankheit, bewusst zu machen. Denn erst wenn die Personen Verantwortung übernehmen, können sie aktiv tätig werden und Handlungen gegen die Erkrankung setzen. An dieser Stelle zeigen sich Übereinstimmungen mit der Komponente der Bewältigbarkeit: Dadurch, dass Verantwortungsgefühle übernommen werden, wenn das Gefühl entsteht, die eigene Lebenssituation verändern und beeinflussen zu können. Sodann bewirkt diese Verantwortungsübernahme Eigeninitiative.

Von Beginn an stellen die SozialarbeiterInnen klar, dass es um eine schrittweise gemeinsame Erarbeitung bis hin zur Selbständigkeit geht. KlientInnen werden laufend in den Arbeitsprozess involviert und wenn es nicht unbedingt erforderlich

erscheint, werden keine stellvertretenden Handlungen übernommen. Stattdessen wird nach dem gefragt, was die Jeweiligen selber erledigen können. Daneben wird angeführt, dass immer die Entscheidungen der Betroffenen zählen. Ihre Absichten werden akzeptiert und ausgehalten, da dies für beide Seiten gesundheitsförderlich ist.

In Situationen der Selbst- und Fremdgefährdung wird jedoch das Recht auf Selbstbestimmung und Eigenverantwortung aufgehoben. In diesen Fällen übernehmen die SozialarbeiterInnen die Verantwortung für die gefährdeten Personen. Sowohl die Verantwortungsübernahme als auch die Begleitung während Krisenzeiten helfen, die Krankheit leichter zu bewältigen und bewirken eine Stärkung der Bewältigbarkeit.

Außerdem führen die Befragten an, dass sie es als legitim erachten, wenn Leute nicht mehr leben wollen. Insofern wird den suizidgefährdeten Personen nicht vermittelt, dass sie unter allen Umständen weiterleben müssen. Dennoch ist es der Auftrag der Sozialen Arbeit, das Gefühl der Lebenssinnlosigkeit zu verringern. Dies kann gelingen, indem versucht wird, die jeweiligen Lebensgeschichten zu verstehen. Dadurch werden zumeist Gründe für ein Weiterleben entdeckt und desgleichen Bedeutsamkeit erzeugt.

### **5.1.8 Gesundheitsförderlicher Umgang mit Arbeit und Leistung**

Die achte Kategorie behandelt den Umgang mit Arbeit und Leistung. Die beiden Faktoren werden im Zusammenhang mit dem bereits oben beschriebenen Selbstwertgefühl gesehen. Hier betonen die Interviewten, dass es für psychisch beeinträchtigte Menschen immer schwieriger wird im ersten Arbeitsmarkt unterzukommen: Dies lässt sich auf die prekären Bedingungen in der Arbeitswelt zurückführen, in der Menschen mit Behinderungen nur mehr selten eine Chance bekommen. Dennoch wird, im Rahmen des Psycho-Sozialen Dienste, das Bestmögliche getan, um für die KlientInnen eine Arbeitsstelle zu finden und dadurch eine Stärkung der Bedeutsamkeit zu bewirken.

Die Arbeitslosigkeit geht oft Hand in Hand mit dem Gefühl der Sinnlosigkeit einher. So wird den Personen das Gefühl vermittelt, dass nicht nur Arbeit und Leistung



zählen, dass sie trotzdem wertvolle Menschen mit Funktionen in der Gesellschaft sind. Wenn Individuen die Empfindung haben, dass sie einen gesellschaftlichen Beitrag in der Leistungsgesellschaft erfüllen können, wirkt dies stärkend auf ihre psychische Gesundheit. Erst dann kann das Gefühl der Wertschätzung für ihr eigenes Tun und Freude am eigenen Schaffen vermittelt werden. Ist dies nicht der Fall, laufen die Menschen Gefahr, ihr eigenes Wesen als unnützlich zu deuten.

Da jedes Lebewesen ein gewisses Maß an Anerkennung braucht, erhalten KlientInnen eine Bestätigung für das eigene Wesen, für die eigene Arbeit und für geleistete Tätigkeiten. Die SozialarbeiterInnen heißen stets kleine und selbstverständliche Sachen gut. Diese Vorgehensweise ruft sowohl Bewältigbarkeit als auch Bedeutsamkeit hervor und dient als Motivation für weitere Aktivitäten.

#### **5.1.9 Alltagstraining und Freizeitgestaltung**

Das Categoriesystem neun umfasst sowohl das Alltagstraining als auch die Freizeitgestaltung der Betroffenen. Da laut den ExpertInnen die psychische Erkrankung in alle Lebensbereiche eingreift und deswegen lebensalltägliche Sachen verloren gehen, fehlt es den KlientInnen meist an den einfachsten Dingen. Beispielsweise wissen sie oft nicht, wo sie bestimmte Sachen einkaufen können. Aus diesem Grunde besteht das Angebot einer Soziotherapie, um die Betroffenen in alltagsnahen praktischen Dingen zu unterstützen. Durch das Erlangen eines Handwerkzeuges werden Alltagsangelegenheiten als bewältigbar wahrgenommen.

In den Interviews wird deutlich, dass Menschen gesunden, indem sie in ihrem Tun Verhaltensweisen ritualisieren. Denn Regelmäßigkeiten und Rituale geben im Alltag Sicherheit. So werden mit den psychisch beeinträchtigten Menschen ganz alltägliche Dinge unternommen. Vorübergehend werden sie bei diversen Behördenwegen begleitet. Hier übernehmen die SozialarbeiterInnen oft eine Vorbildwirkung, indem sie den Betroffenen bestimmte Umgangsformen aufzeigen. Dennoch wird erklärt, dass diese Begleitungen keine Dauerzustände sind, damit eigenständige Handlungen intensiviert werden können.

Das Angebot des Club Aktivs spielt für die Interviewten eine bedeutende Rolle. Hierbei handelt es sich um eine Freizeitgestaltung für psychisch beeinträchtigte

Menschen, die im Rahmen und in den Räumlichkeiten der Institution angeboten wird. Der Club Aktiv ermöglicht den KlientInnen, sowohl gruppenfähig zu werden als auch in ihrer Persönlichkeit nachzureifen. So versuchen SozialarbeiterInnen isoliert lebende Personen in den Club zu bringen, beziehungsweise sie dahingehend zu stärken. Speziell hervorgehoben wird, dass die Programmgestaltung des Club Aktivs keinen Schwerpunkt auf die psychische Erkrankung legt. Stattdessen werden zahlreiche gesundheitsfördernde Angebote gesetzt, indem unterschiedliche Freizeitgestaltungsmöglichkeiten kennengelernt werden, gemeinsame Unternehmungen unternommen und eine Abwechslung von der Alltäglichkeit erlebt werden kann. Ebenfalls wird der Austausch mit Gleichgesinnten vorangetrieben. Die Kontakte zu anderen Betroffenen fördern das Akzeptieren der eigenen Lebenssituation, erzeugen das Gefühl des Verstandenwerdens, helfen die Dynamik der Krankheit zu verstehen und tragen folglich auf verschiedenste Weise zur Stärkung der Verstehbarkeit bei.

#### **5.1.10 Förderung sozialer Kontakte**

Die Förderung der sozialen Kontakte nimmt die zehnte Kategorie ein. Da aufgrund der psychischen Erkrankung die Gefahr der sozialen Isolation besteht, versuchen die SozialarbeiterInnen förderliche Integrationsangebote zu setzen. Soziale Beziehungen und der Umgang im Zusammenleben mit Leuten gelten als bedeutende Faktoren für die psychische Gesundheit. Stets werden wichtige und unterstützende Familienmitglieder, Freunde und nahe stehende Personen erfragt. Ebenso misst Antonovsky dem Faktor der sozialen Unterstützung eine gesundheitsfördernde Wirkung bei. Er bezeichnet diese als generalisierte Widerstandsressource.

Da die Mehrzahl der KlientInnen kaum soziale und familiäre Kontakte besitzen und in den meisten Fällen vollkommen isoliert leben, probieren die SozialarbeiterInnen weitere Personen in das soziale Umfeld zu holen. Auch wird erwähnt, dass psychisch Beeinträchtigte in ihrer Kindheit wenig stärkende Familienbeziehungen erleben. Da das Kohärenzgefühl im Zusammenhang mit der Sozialisation von Menschen zu sehen ist, scheint dies eine mögliche Erklärung für deren niedrigeres Kohärenzgefühl und deren instabileren psychischen Gesundheit zu sein.

Die SozialarbeiterInnen stehen im regelmäßigen Kontakt zu den Betroffenen und sind nicht selten die Einzigen, die eine Beziehung mit ihnen eingehen. Sie bieten ihren KlientInnen die Möglichkeit, sich in ihrem Verhalten zu erproben. Ohne dass diese Handlungsweise negative Konsequenzen nach sich zieht. Dadurch kann Sicherheit gegeben werden.

Zu dieser Thematik führen die ExpertInnen zusätzlich die positiven Auswirkungen von Gesprächsgruppen an und messen diesen regelmäßigen Zusammenkünften gesundheitsförderliche Wirkungsweisen bei: KlientInnen fühlen sich in der Runde meist wohl. Oft entsteht ein Gruppenzugehörigkeitsgefühl. Auch erhalten sie die Möglichkeit über alles zu reden und es wird ihnen zugehört. Sie bekommen den Eindruck eine wichtige Persönlichkeit zu sein und das Empfinden, dass ihre Meinung zählt. Weiters können durch andere Betroffene verschiedene Sichtweisen vermittelt werden. Gesprächsgruppen sind auch ein gutes Mittel um Kontakte zu knüpfen. Nicht selten werden dort enge Freundschaften geschlossen.

#### **5.1.11 Arbeiten im sozialen Umfeld**

Folgendes Categoriesystem beschreibt die Arbeit im sozialen Umfeld. Immerfort richten die SozialarbeiterInnen des Psycho-Sozialen Dienstes ihren Blick auf die soziale Umgebung der KlientInnen: Wenn eine funktionierte Eingebundenheit und Unterstützung gewährleistet wird, zeigt sich eine gesundheitsförderliche Wirkungsweise. Da Angehörige und das soziale Umfeld dazu beigetragen haben, dass sich der Zustand des psychisch Beeinträchtigten auf diese Weise entwickelt hat, wird die Angehörigenberatung in der Betroffenenarbeit als bedeutungsvoll erachtet.

Gemäß den Aussagen der ExpertInnen wird die psychische Gesundheit ihrer KlientInnen begünstigt, wenn die Familienmitglieder die psychische Erkrankung annehmen können. Folglich werden Angehörige miteinbezogen und bei Bedarf unterstützt, denn oftmals verstecken oder verleugnen sie die psychische Erkrankung ihrer Familienmitglieder. Häufig glauben sie, dies sei der einfachere Weg. Dahinter stecken oft schwere Schuldgefühle, indem sie vielfach denken, an der Krankheitsentstehung Schuld zu tragen. Zusätzlich wird mit Angehörigen die Bedeutsamkeit von Grenzziehungen besprochen, da sich die Familienmitglieder

häufig davor scheuen, Grenzen aufzuzeigen. Dies kann wiederum negative Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf der Betroffenen haben. Auch werden Informationen über die Erkrankung und über diverse Therapiemöglichkeiten weitergegeben, damit den psychisch beeinträchtigten Personen eine adäquate Unterstützung angeboten werden kann. Wie ebenso das Gefühl, von anderen verstanden zu werden, zur Stärkung der Verstehbarkeit beiträgt.

In der Arbeit im sozialen Umfeld ist es notwendig, sehr viele unterschiedliche Positionen und Funktionen einzunehmen: SozialarbeiterInnen stützen, sprechen zu, bestärken, deuten um, filtern, vermitteln, gleichen aus und spiegeln. So vermitteln die MitarbeiterInnen der Psycho-Sozialen Dienste die unterschiedlichen Denkweisen zwischen den Betroffenen und deren sozialen Umfeld. Sie sehen es als ihre Aufgabe, die Botschaften von einer Seite zur anderen Seite zu filtern, um letztendlich gemeinsame Ziele zu erarbeiten. Da in kranken Familiensystemen oft mit Doppelbotschaften kommuniziert wird, werden diese in Familiengesprächen transparent gemacht, damit eine Entlastung aller Beteiligten bewirkt werden kann.

Das Angebot der Hausbesuche ist von großer Wichtigkeit. Da sich die KlientInnen nicht selten in einem spannungsgeladenen Umfeld befinden. Hier versuchen die SozialarbeiterInnen ein gegenseitiges Verständnis und ein wechselseitiges Verändern aufzubauen. Beispielsweise wird mit den Angehörigen erarbeitet, welche Veränderungen sie selbst durchführen können, wie zum Beispiel andere Reaktionen auf das Verhalten der Betroffenen zeigen. Laut den Befragten bergen Interventionen im sozialen Lebensumfeld enorm viel Potential. Jedoch gestalten sich diese äußerst zeitintensiv. Oftmals kann der hierfür nötige Zeitaufwand nicht aufgebracht werden.

Um gesundheitsförderlich arbeiten zu können, wird außerdem die Kooperation zwischen den Institutionen gefördert, damit die Zusammenarbeit reibungslos verläuft. Da der gesellschaftliche Umgang das Befinden der Betroffenen und die Gefühle der Verstehbarkeit wesentlich beeinflussen, tragen die ExpertInnen, durch Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeiten, zur Verringerung des Stigmas im sozialen Umfeld bei.

### **5.1.12 Einsatz einer motivierenden Gesprächsführung**

Die Kategorie zwölf bildet die motivierende Gesprächsführung, die im Rahmen der Psycho-Sozialen Dienste Anwendung findet. Das Reden hilft den psychisch beeinträchtigten Personen dabei, ihre Genesung positiv zu beeinflussen. Zu diesem Zwecke wird sowohl ein Platz zum Reden als auch Raum und Zeit zur Artikulation angeboten. Die SozialarbeiterInnen gehen in die Rolle der Zuhörenden, um den persönlichen Ausdruck der KlientInnen in einem langen Prozess zu stützen. Durch Reflexionen kann Krankheitseinsichtigkeit und folglich Verstehbarkeit geschaffen werden.

In den Gesprächen sind die Fragen das wichtigste Instrument, weil Fragestellungen und Beobachtungen ein gutes Mittel sind, um wahrzunehmen, was den einzelnen Personen fehlen könnte. Durch angewandte Fragetechniken der SozialarbeiterInnen erhalten, die KlientInnen ein Selbstbild und werden zu weiteren Überlegungen angeregt, indem sie auf Tatsachen aufmerksam gemacht werden. Fragen sind auch hilfreich, um Bilder über die Personen und einen Überblick über die Themen zu erhalten sowie um zu orten, wo Betroffene gerade stehen. Gleichfalls fragt Antonovsky nach der Lokalisation der Menschen auf dem Gesundheits-Krankheitskontinuum und danach, was es ausmacht, dass sich eine Personen genau an dieser Stelle befindet. Zudem teilen die Interviewten mit, dass sie sich einleitend hin und wieder eine positive Frage zunutze machen, wie etwa: Was ist seit dem letzten Mal gut gelaufen? Dies zeigt Übereinstimmungen mit dem Einsatz der positiven Fragestellungen im Konzept der Salutogenese.

Die Gesprächsinhalte bestehen meist aus alltäglichen Themen. Da jedoch das Leben in fortwährender Bewegung ist, verändern sich auch die Inhalte der Beratungen. Hierbei ist es den SozialarbeiterInnen ein Anliegen, sich mit den Menschen und ihren wandelnden Lebensthemen mitzubewegen. Desgleichen werden für die Gespräche andere Plätze als die Beratungsstelle genützt, da an anderen Orten, oft ganz andere Gespräche entstehen.

Laut den Erklärungen der Befragten ist die Motivationsarbeit, für die Soziale Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen, sehr bedeutend. Diese setzt sich zum Ziel, dass die KlientInnen das Gefühl gewinnen, ihr Leben sei es wert, aktiv zu werden. Zu Beginn wird eine Grundmotivation hergestellt, um die Personen

überhaupt in Bewegung zu bringen. Auch Antonovsky schreibt der motivationalen Komponente der Bedeutsamkeit die stärkste Gewichtigkeit zu.

Die Motivierung wird als eine schwierige und langwierige Aufgabe angesehen, die dennoch am Anfang jedes Prozesses steht. Die MitarbeiterInnen der Psycho-Sozialen Dienste legen dar, dass anfängliche Begleitungen und gemeinsame Schritte die Motivationsarbeit erleichtern können. Oft werden die KlientInnen „an der Hand genommen und mitgenommen“. Zur Erforschung, wie Menschen motiviert werden können, werden sie dort abgeholt, wo sie stehen.

Ein weiteres zentrales Thema ist vor allem die Kreativität, die gemäß der Interviewangaben, für die Motivierung der psychisch beeinträchtigten Personen hilfreich wirkt. Es ist von Mensch zu Mensch unterschiedlich, welche Interventionen einen motivierenden Effekt zeigen. Zumeist braucht es die Entdeckung des fehlenden Puzzleteils, um die KlientInnen in Bewegung zu bringen. Hierbei verlassen sich die ExpertInnen oft auf ihre Empfindungen. Manchmal hilft das Gefühl gebraucht zu werden und helfen zu können. Bei einigen Betroffenen wird dieses Gefühl gezielt erzeugt und eingesetzt. Ist letztendlich aber der Punkt der Motivation erreicht, dann sind häufig Dinge möglich, die sie den psychisch Beeinträchtigten vorher nicht zugetraut hätten.

### **5.1.13 Unterstützung in der Sinnfindung**

Die nächste Kategorie beschäftigt sich mit Unterstützungsmöglichkeiten in der Sinnfindung. Zur Schaffung von Bedeutsamkeit leisten die Befragten Unterstützungen in der Sinnfindung. So werden die psychisch beeinträchtigten Menschen auf der Suche nach ihren Werten begleitet. Immer wieder wird nach den lebenswerten und schönen Dingen des Lebens gesucht, auch wenn diese Sinnsuche oft äußerst schwierig vorangeht. Die SozialarbeiterInnen sind bestrebt, ihren KlientInnen das Gefühl zu vermitteln, dass ihr Leben auch mit den beeinträchtigten Anteilen wertvoll und lebenswert ist. Dadurch können Betroffene erkennen, dass ihr Dasein es wert ist, dass sie beispielsweise in der Früh aufstehen.

Die SozialarbeiterInnen erkunden die Wünsche, den Willen und die Sehnsüchte der jeweiligen Personen und schauen, ob sie noch genug Energie für die Umsetzung

dieser Anliegen besitzen. In der Sozialen Arbeit der Psycho-Sozialen Dienste geht es vor allem um Sinnstiftung. Den KlientInnen wird gezeigt, dass sie genauso mit ihrer Erkrankung etwas Sinnvolles tun können. Wenn sie schlussendlich zu der Lebenseinstellung gelangen, dass ihr Dasein einen Sinn hat, dann braucht es, laut den Darstellungen der ExpertInnen, keine zusätzlichen Tätigkeiten mehr. Denn Menschen, die einen Sinn in ihrem Leben gefunden haben, gesunden viel eher. Desgleichen schreibt Antonovsky der Komponente der Bedeutsamkeit die größte Einflussnahme auf die psychische Gesundheit zu.

Da psychisch beeinträchtigte Personen selten in ihrer Kindheit gelernt haben, worum es geht im Leben, wird dies in den sozialarbeiterischen Gesprächen aufgearbeitet. Es bedarf eines langen Prozesses, indem die KlientInnen mittels Reflektionen erkennen können, was ihnen gut tut. Ist der Wille jedoch nicht ergründbar und können auch in der momentanen Lebenssituation keine angenehmen Dinge gesehen werden, dann wird versucht, zu positiven Zukunftsperspektiven wie Wünsche, Visionen und Phantasien zu gelangen. Sobald Zukunftsperspektiven vorhanden sind, können Betroffene eigenständige Handlungen setzen. Dies steht wiederum in Verbindung zur Bewältigbarkeit und Bedeutsamkeit.

Zusätzlich wird die spirituelle Ausrichtung in den Gesprächen erfragt. Hier wird aus den Interviewangaben offensichtlich, dass die einzelnen Personen sehr unterschiedliche spirituelle Dinge nennen, die wohlwollend auf ihre psychische Verfassung wirken. Gleichwohl führt Antonovsky religiöse und philosophische Wertsysteme an und zählt diese zu den Widerstandsressourcen, die zur Bekämpfung von Stressoren und zur Bewältigung von Anforderungen beitragen.

#### **5.1.14 Anwendung einer lösungs- und zielorientierten Arbeitsweise**

Die Arbeitsweise der Lösungs- und Zielorientierung nimmt die letzte Kategorie ein. Lösungs- und zielorientiertes Arbeiten bewirkt sowohl eine Förderung der Bewältigbarkeit als auch der Bedeutsamkeit. Die SozialarbeiterInnen gewährleisten die ambulante Nachbetreuung der beeinträchtigten Personen mit dem Ziel der Verringerung der Krankenhausaufenthalte. Als Handlungsfeld wird die momentane Lebenswelt angesehen, in der eine Verbesserung des Lebensstatus und der Lebensqualität angestrebt wird. Zumindest soll sich keine Verschlechterung

bemerkbar machen. Um Enttäuschungsgefühle zu vermeiden, informieren sie die KlientInnen klar über den Auftrag und das Ziel ihrer Tätigkeit.

Da das bisherige Verhalten und die bisherigen Lebensbedingungen zur Krise führten, werden die Betroffenen zu den möglichen Besserungen der überstandenen Krise befragt. Gleichwohl wird die Förderung von positiven Veränderungen betont. Die KlientInnen werden in der Änderung ihrer Handlungsweisen unterstützt, dies geht wiederum mit einer Wandlung der Gefühlsebene einher und umgekehrt.

Zusammen mit den Betroffenen wird erarbeitet, wie sie es bewerkstelligen können, dass sie bestimmte belastende Dinge des Lebens besser aushalten können. Somit werden Copingstrategien ausgearbeitet. Genauso fragt Antonovsky nach den konkreten Formen der Stressbewältigung.

Um das gemeinsame Erarbeiten von Möglichkeiten zu gewährleisten, machen sich die MitarbeiterInnen der Psycho-Sozialen Dienste verschiedenste Fragetechniken zunutze. Meist erkennen die KlientInnen in den Gesprächen selbst, was sie benötigen und in welche Richtung sie gehen möchten. Wenn sie trotz allem keine Lösungsmöglichkeiten sehen können, werden ihnen welche vorgegeben. Die Wirkung dieser Interventionen kann immer nur vermutet werden, weil niemand weiß, was für den einzelnen Menschen gut ist: Unterschiedliche Persönlichkeiten brauchen individuelle Lösungsmöglichkeiten. So probieren die SozialarbeiterInnen verschiedenste Strategien aus.

Die Erweiterung der eingeschränkten Blickrichtung und das Eröffnen von neuen Sichtweisen erfolgt durch eingesetzte Umdeutungen. Hierbei wird aufgezeigt, wie bestimmte Problemfelder noch gesehen werden können. Da jedes Ereignis auch von einer anderen Seite betrachtet werden kann, kommt es zur gemeinsamen Formung von neuen, positiven Sichtweisen. In diesem Zusammenhang geben die Befragten an, im Sinne der Transaktionsanalyse zu arbeiten. Gemäß dieser werden Menschen langsam und sanft, Schritt für Schritt, zu anderen Sichtweisen hingeführt, um letzten Endes zu einer neuen Einsicht zu gelangen.



## **5.2 Aus den Ergebnissen ableitbare Gesundheitsförderung**

Die gewonnenen Ergebnisse der Befragung zur praktischen Gesundheitsförderung der Psycho-Sozialen Dienste können wie folgt zusammengefasst werden:

SozialarbeiterInnen geben Unterstützung in der Deckung, Sicherung und Bereitstellung der Grundbedürfnisse wie Nahrung, Wohnung und Kleidung. Es werden finanzielle Ansprüche abgeklärt und Anträge erhoben, damit werden Rahmenbedingungen geschaffen, die die psychische Verfassung der Menschen begünstigen.

SozialarbeiterInnen arbeiten in Richtung psychische Gesundheit. Gesundwerdung, Gesundheitserhaltung und -verbesserung sind die primären Ziele der Sozialen Arbeit. Hierbei werden Informationen über die psychische Erkrankung weitergegeben, der Umgang mit den Krankheitssymptomen und Frühwarnzeichen besprochen, Schutzmechanismen aufgespürt und individuelle gesundheitsförderliche Strategien entwickelt.

Stets gehen die SozialarbeiterInnen aus einer ganzheitlichen Perspektive von der individuellen Persönlichkeit aus. Sie sind daran interessiert, zu erfahren, wie die Betroffenen die Krankheit erleben und spüren. Mit diesem subjektiven Empfinden wird gearbeitet. Die SozialarbeiterInnen schätzen die Bedeutsamkeit der sozialen Diagnostik unterschiedlich ein: Die Einen erstellen soziale Diagnosen, die Anderen bekräftigten ihre Wertlosigkeit, weil sie diese lediglich als soziale Beschreibung wahrnehmen.

Die gesunden Anteile der Menschen sind sowohl der Ausgangs- als auch der Ansatzpunkt für die soziale Tätigkeit. Durch ein Erforschen und Experimentieren, sowie durch die Anwendung von gezielten Filterungen und positiven Umdeutungen kann auf eine Fähigkeitsebene gekommen und verborgene Ressourcen entdeckt werden. Als Ziel wird die Wahrnehmung, Stützung, Stärkung, Förderung und Vermehrung der intakten Anteile betrachtet.

Interventionen zur Steigerung und Förderung des Selbstwertgefühles werden in einem langen Prozess forciert, in dem zu Beginn der Vertrauensaufbau und das Gefühl der Beständigkeit bedeutsam sind. Anschließend werden Schuldgefühle,

vorhandene Verunsicherungen und Grenzziehungen zum Thema gemacht. Die Menschen werden mitsamt ihren Gefühlen, Gedanken und Lebensgeschichten angenommen, wertgeschätzt und ernst genommen. Hierfür sind Lob, Anerkennung, das Aufzeigen von Erfolgen aber auch Ehrlichkeit und Authentizität wichtige Schlagwörter.

In der Sozialen Arbeit geht es ebenso um die Bewusstmachung der Eintracht zwischen Körper, Seele und Geist. So wird die körperliche Gesundheit der psychisch beeinträchtigten Personen thematisiert und medizinische Abklärungsuntersuchungen empfohlen. Weiters wird nach individuellen gesundheitsförderlichen Faktoren gesucht, Kraftquellen erkundet und Übungen zur Entspannung und zum Energiemanagement durchgeführt. Zudem diskutieren die SozialarbeiterInnen die Wechselwirkung zwischen dem äußeren Erscheinungsbild und dem inneren Gefühlserleben, zu der die Förderung einer intensiveren Hygiene eine bedeutende Rolle spielt. Außerdem wird regelmäßigen körperlichen Aktivitäten und der Beachtung einer gesunden Ernährungsweise eine große Bedeutung beigemessen.

Betroffene werden auf ihre Eigenverantwortlichkeit hingewiesen und zur Führung eines selbstbestimmten Lebens ermächtigt. Hierbei kommt es anfänglich zu einer gemeinsamen Erarbeitung, um letztendlich Selbstständigkeit zu erzeugen. KlientInnen werden laufend in den Arbeitsprozess involviert, es wird nach eigenständigen Erledigungen gefragt. Bei Selbst- und Fremdgefährdung muss jedoch die Verantwortung für gefährdete Personen übernommen werden. Weisen KlientInnen Gefühle der Lebens Sinnlosigkeit auf, versuchen die SozialarbeiterInnen, durch das Verstehen der jeweiligen Lebensgeschichten, Gründe für ein Weiterleben zu entdecken.

Es wird das Bestmögliche gegeben, um für die psychisch Beeinträchtigten eine Arbeitsstelle zu finden. Es wird ihnen vermittelt, dass sie wertvolle Menschen mit Funktionen in der Gesellschaft sind. Damit sie die Wertschätzung für ihr eigenes Tun und Freude am eigenen Schaffen entwickeln können. Die KlientInnen erhalten Anerkennung und Bestätigung für das eigene Wesen, für die eigene Arbeit und für geleistete Sachen.

In der Soziotherapie werden Betroffene in alltagsnahen praktischen Dingen unterstützt. Vorübergehend werden auch Begleitungen bei Behördenwegen gewährleistet. Weiters wird den isolierten KlientInnen empfohlen, die Freizeitgestaltung des Club Aktivs in Anspruch zu nehmen.

Es werden Angebote zur Integration der psychisch beeinträchtigten Menschen gesetzt. Stets erfragen sie sowohl Familienmitglieder als auch Freunde und versuchen weitere Bezugspersonen in das Lebensumfeld zu holen. SozialarbeiterInnen stehen im regelmäßigen Kontakt zu den Betroffenen, in der Beziehung können sich die KlientInnen in ihrem Verhalten erproben. Letztlich wird die Teilnahme an Gesprächsgruppen erwähnt, da diese viele gesundheitsförderliche Wirkungsweisen zeigen und speziell das Knüpfen von Kontakten erleichtert.

Durch den Blick auf die soziale Umgebung der KlientInnen und das Angebot der Hausbesuche werden Angehörige laufend in den Arbeitsprozess miteinbezogen und unterstützt. Sie erhalten Informationen über die Krankheit und über diverse Therapiemöglichkeiten. Genauso werden die Notwendigkeit der Akzeptanz der psychischen Erkrankung und die Bedeutsamkeit von Grenzziehungen thematisiert. Außerdem kommt es zur Vermittlung unterschiedlicher Denkweisen, die Kommunikation wird transparenter gestaltet und Botschaften werden gefiltert. So kann eine gemeinsame Zielerarbeitung bewerkstelligt sowie ein gegenseitiges Verständnis und ein wechselseitiges Verändern erzielt werden. Zusätzlich fördern die SozialarbeiterInnen eine gesundheitsförderliche Kooperation zwischen den beteiligten Institutionen und betreiben Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeiten.

Indem die SozialarbeiterInnen die Rolle der Zuhörenden übernehmen, erhalten die KlientInnen Platz zum Reden wie auch Raum und Zeit zur Artikulation. Durch Fragen wird erkundet, was den einzelnen Personen fehlen könnte. Es werden positive Fragen verwendet, wie etwa „Was ist in letzter Zeit gut gelaufen?“ und ganz alltägliche Themen besprochen. Am Anfang jedes Veränderungsprozesses steht jedoch die Motivationsarbeit, in der es darum geht, den KlientInnen das Gefühl zu geben, dass ihr Leben es wert ist, aktiv zu werden. Hierzu werden Menschen dort abgeholt, wo sie stehen. Zusätzlich finden vorübergehende Begleitungen und gemeinsame Schritte statt.

In einer Wert- und Sinnsuche werden die Wünsche, der Wille und die Sehnsüchte der KlientInnen und die vorhandenen Kraftquellen für deren Umsetzung erforscht. Die Betroffenen erhalten das Gefühl, dass ihr Leben auch mit der Erkrankung wertvoll und lebenswert ist und dass sie genauso sinnvolle Tätigkeiten leisten können. In einem langen Prozess wird durch Reflexionen aufgearbeitet, worum es im Leben geht. Zusätzlich wird versucht, positive Zukunftsperspektiven zu finden.

Letztlich sorgen die SozialarbeiterInnen für klare Informationen über den Auftrag und das Ziel ihrer Tätigkeit. So werden in der momentanen Lebenswelt Verbesserung des Lebensstatus und der Lebensqualität angestrebt. Es werden Umdeutungen zur Eröffnung von neuen Sichtweisen eingesetzt und durch Fragen gemeinsame Lösungsmöglichkeiten und Copingstrategien erarbeitet.

Somit zeigen sich in der praktischen Gesundheitsförderung der Psycho-Sozialen Dienste speziell viele Interventionen zur Stärkung der drei Komponenten des Kohärenzgefühls nach Antonovsky's Konzept der Salutogenese.

## **6 ZUR INTEGRATION DER SALUTOGENESE IN DIE SOZIALE ARBEIT**

Das Konzept der Salutogenese blieb meist ein wissenschaftlicher Forschungsgegenstand, der bislang kaum mit praktischen Umsetzungsbeispielen genährt wurde und dem bisher wenig Beachtung geschenkt wurde. (vgl. Chaumet 2008:13) Eine Integration der Salutogenese in die Soziale Arbeit bedeutet jedoch eine neue Perspektive, eine andere Haltung, sowie eine Ergänzung und eine Erweiterung für die sozialarbeiterische Arbeitsweise. Aus den umfangreichen theoretischen salutogenetischen Grundannahmen lässt sich eine große Relevanz für die Vorgehensweise der Sozialen Arbeit ableiten und laut Schüffel u.a. (1998:21) kann das Konzept der Salutogenese in deren Methodik gut integriert werden.

Der folgende Abschnitt weist Kriterien einer salutogenetischen Orientierung auf und befasst sich mit der Perspektive der Salutogenese in der Gesundheitsförderung. Danach werden konkrete praktische Unterstützungsmaßnahmen vorgestellt, bevor Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit im Psychatriebereich gezogen werden.

### **6.1 Kriterien einer salutogenetischen Orientierung**

Bislang existieren keine endgültigen Merkmale einer salutogenetischen Methodik. An dieser Stelle werden jedoch fünf Qualitätskriterien beschrieben. Diese Merkmale werden vom Zentrum für Salutogenese (2008:o.S.) als Grundlage für weitere Diskussionen rund um die Salutogenese angesehen:

**Eine Arbeitsweise nennt sich „salutogenetisch orientiert“, wenn sie...**

#### **1. auf Gesundheit ausgerichtet ist**

Eine salutogenetische Arbeitsweise strebt nach positiven und realistischen Gesundheitszielen, sprich nach Wohlbefinden, Lebensqualität, Sinnerfüllung und ähnlichem.

#### **2. ressourcenorientiert vorgeht**

Die Suche nach der Gesundheitsentstehung wird durch Ressourcenorientierung forciert, um Eigenaktivität und Motivation zu erzielen.

### **3. das Subjekt wertschätzt**

Eine salutogenetische Haltung erkennt neben dem Subjekt auch das Subjektive an. So sind Selbstwahrnehmung, Krankheits- und Gesundheitstheorien sowie Deutungen und Bewertungen von großem Nutzen.

### **4. Interesse für individuelle, soziale und kulturelle Selbstorganisation zeigt**

Soziokulturelle Abläufe, die Selbstheilungsfähigkeit und die Fähigkeit aller Lebewesen zur Selbstregulation nehmen wichtige Positionen ein.

### **5. dynamisch prozess- und lösungsorientiert arbeitet**

Die Salutogenese geht von einem sich selbst regulierenden Lebensprozess aus, indem immer beides, sowohl Krankheit als auch Gesundheit, vorhanden ist.

## **6.2 Salutogenese als Wissenschaft der Gesundheitsförderung**

In der Salutogenese ist der Gesundheitsbegriff mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit, denn laut dieser kann der Gesundheitszustand nur durch eine Übernahme von Eigenverantwortung erzielt werden. „Gesundheit scheint damit keine Illusion mehr zu sein, die wir nur von außen erfüllt zu bekommen wünschen, sondern ein innerer Auftrag, den wir aufgefordert sind, aktiv zu verwirklichen.“ (Breitenberger 2008:o.S.)

Die Gesundheitsförderung wird als eine salutogenetische Perspektive bezeichnet: Jegliche Interventionen werden auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgerichtet. Die Salutogenese stellt für die Gesundheitsförderung eine Rahmentheorie, sprich eine zentrale Grundlage dar, da es in diesem Bereich wenige theoretische Konzepte gibt. (Felder-Stocker u.a. 2000:31). Antonovskys Modell „kann als die erste und am weitesten entwickelte Theorie zur Erklärung von Gesundheit bezeichnet werden“. (Bengel u.a. 1998:89)

Antonovskys Überlegungen werden in einigen Bereichen der Gesundheitsförderung eingesetzt, da bestimmte Elemente mit dem salutogenetischen Grundansatz in Verbindung gebracht werden können. Doch wird das Wort Salutogenese fast nicht mehr verwendet. Stattdessen werden Begriffe wie Empowerment, Ressourcenorientierung, Copingverhalten, Einsatz von Gesundheitsfaktoren, Motivationsarbeit zu gesundheitsförderlichen Maßnahmen und so weiter benützt, die

alle eine scheinbare Integration der salutogenetischen Arbeitsmethodik offenbaren.  
(vgl. Chaumet 2008:13)

### **6.3 Zur Salutogenese und ihrer praktischen Umsetzbarkeit**

Das Salutogenese-Konzept ist weder vollständig noch ausdifferenziert und bietet dadurch zahlreiche Interpretationsmöglichkeiten und Chancen zur Weiterentwicklung. Antonovsky selbst widmet sich nicht der praktischen Umsetzbarkeit seines Modells. Er lässt die Umsetzung offen und stellt diese für andere Fachrichtungen frei. (vgl. Felder-Stocker u.a. 2000:32) Nachfolgend werden einige Potentiale der Salutogenese für die konkrete sozialarbeiterische Unterstützungsarbeit genutzt.

#### **6.3.1 Allgemeine Maßnahmen mit salutogenetischer Wirksamkeit**

Gesundheitsförderlich arbeitende SozialarbeiterInnen stimmen ihre Interventionen auf das Wohlbefinden der KlientInnen ab und übernehmen gewissermaßen eine „Anwaltschaft der Gesundheit“. Sie befähigen, ermöglichen, vermitteln und vernetzen in der Unterstützungsarbeit. (vgl. Schulze-Steinmann 2008:5)

Schulze-Steinmann (2008:6-10) schreibt folgenden Maßnahmen eine salutogenetische Wirksamkeit zu:

- Herstellung eines optimalen Stressniveaus durch Ausgleich zwischen Unter- und Überforderung
- Reduzierung von Belastungsfaktoren und Einsatz von Entspannungsübungen
- Aufklärung durch Psychoedukation und Weitergabe von Informationen über die psychische Erkrankung und über Frühwarnzeichen
- Entwicklung individueller Bewältigungs- und Problemlösungsstrategien
- Erarbeitung der Vorgehensweise in Krisensituationen
- Stärkung des Selbstwertes, der Eigenverantwortlichkeit und der Selbsthilfefähigkeit
- Unterstützung in der Sinnsuche und Erarbeitung von lohnenswerten Zielen
- Erfragung der subjektiven Lebensqualität, der Wohlfühlsituationen und der individuellen Kraftquellen
- Motivationsarbeit und Erfolgsorientierung

- Absicherung der Lebensbedingungen und Erweiterung der Lebenssouveränität
- Alltagsorientierte Begleitung und Unterstützung in der Lebenswelt
- Nutzung aller Ressourcen und Zugriff auf natürliche Hilfen im Gemeinwesen
- Förderung von sozialen Kontakten und Aufbau von sozialer Unterstützung in sozialen Netzwerken
- Verbesserung der Artikulationsfähigkeit
- Aufklärung über seelisch gesundheitsförderliche Maßnahmen
- Thematisierung des Gesundheitsverhaltens wie Ernährung, Nikotin und Bewegung
- Training des Erinnerungs- und Konzentrationsvermögens

Die Bezeichnung von Menschen als gesund oder als krank verhindert die Arbeit mit den gesunden Anteilen bei Erkrankten. Um gezielte Interventionen zu ermöglichen, wird danach gefragt, warum sich ein Individuum auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum auf einer bestimmten Position befindet. Damit wird der aktuelle Gesundheitszustand sowohl beschrieben als auch eingeschätzt und ein realistischer Zielzustand und notwendige Interventionen bestimmt. (vgl. Fichten 1998:12)

Die Bestimmung der Position einer Person auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum umfasst die Konzentration auf Risiko- und Widerstandsfaktoren. Hierfür ist das Wissen über Widerstands- und Risikofaktoren unumgänglich. (vgl. Oppl/Weber-Falkensammer 1986:36) „Aber solange wir nicht salutogenetisch orientiert sind, suchen wir nicht nach den Faktoren, die aktiv für eine Bewegung in Richtung auf den Gesundheitspol des Kontinuums verantwortlich sind.“ (Schiffer 2008:13) Salutogenese legt den Fokus auf die Widerstandsfaktoren, die adäquate Umgangsformen mit Stress und Lebensanforderungen unterstützen. Sie diskutiert den Einsatz von Widerstandsressourcen, die von den jeweiligen inneren Haltungen, dem Selbstwertgefühl, den individuellen Fähigkeiten und der sozialen Teilhabe beeinflusst werden. (vgl. Fichten 1998:13)

Die Salutogenese blickt auf die gesunden Bereiche. Sie sucht nach Schätzen, Fähigkeiten und gesunden Anteilen und schöpft bei jedem Menschen aus der Fülle. (vgl. Schiffer 2001:42-43) Die Salutogenese gleicht der Weiterentwicklung einer ressourcenorientierten Methode, da sowohl Ressourcen als auch deren Umgang und



Einsatz erfragt werden. Durch eine salutogenetische Arbeitsweise zeigen SozialarbeiterInnen ihren KlientInnen deren gesundheitliche Kräfte auf, über die sie neben der psychischen Erkrankung verfügen. Danach erfolgt eine Motivation, diese vorhandenen positiven Teile zu stärken, denn gesunde Anteile spielen für die Bewältigung der psychischen Erkrankungen eine große Rolle. (vgl. Fichten 1998: 14)

### **6.3.2 Stärkung des Kohärenzgefühls**

An dieser Stelle erscheint es wesentlich, die Stärkung der Kohärenzgefühls zu thematisieren, da zahlreiche Forschungsergebnisse bestätigen, dass die Krankheitsbewältigung von chronisch psychisch beeinträchtigten Menschen im Zusammenhang mit dem Kohärenzgefühl zu sehen ist. (vgl. Grabert 2007:85) „Theoretische Überlegungen und empirische Ergebnisse sprechen für einen Einsatz des Konzeptes des Kohärenzgefühls in der Praxis. Insgesamt könnte es das fachliche Profil der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie stärken. Deshalb ist es notwendig, den Transfer des Konzeptes in die Praxis zu konkretisieren.“ (Grabert 2007:97) Folgender Abschnitt widmet sich den gesundheitsförderlichen Interventionen, die zur Stärkung des Kohärenzgefühles beitragen.

Antonovsky (1997:118-121) behauptete, dass eine dauerhafte positive Beeinflussung des Kohärenzgefühls durch ein professionelles Setting quasi unmöglich sei, da es sich hierbei um ein stabiles inneres Konstrukt handelt. (vgl. Pauls 2004:95 und Mayer/Görlich/Eberspächer 2003:22) Mittlerweile konnte jedoch Antonovskys Annahme in zahlreichen Untersuchungen widerlegt werden. (Wikipedia 2008:o.S.)

Beispielsweise kann laut Maoz (1998:20) der Arbeitsprozess so gestaltet werden, dass dieser für die KlientInnen verstehbar, bewältigbar und bedeutsam ist. Wird in die Richtung der drei Komponenten des Kohärenzgefühls gearbeitet, ermöglicht dies den KlientInnen eine vertrauensvolle Orientierung im Leben und zugleich eine Chance auf eine Verbesserung der psychischen Gesundheit. Je besser Menschen ihre Krankheit verstehen und je mehr sie das Empfinden haben, die adäquaten Gesundungsstrategien ausgewählt zu haben und je deutlicher diese Faktoren für sie Sinnhaftigkeit erzeugen, desto eher werden sie sich gesünder fühlen. (vgl. Schiffer 2001:29)

### **Das Gefühl der Verstehbarkeit stärken** (vgl. Grabert 2007:87-90)

Die Verstehbarkeit der psychischen Erkrankung wird durch eine intensive Auseinandersetzung mit eigenen Erfahrungen und eigenen Erlebnissen vorangetrieben, um letztendlich die Zusammenhänge der Krankheitsentstehung zu verstehen und die Erkrankung zu akzeptieren. Mindestens genauso bedeutend ist es, dass die SozialarbeiterInnen das Gefühl der Verstehbarkeit im Hilfeprozess entwickeln. Zu diesem Zwecke werden laufende Reflexionen über die eigene Rolle, sowie Fallbesprechungen mit KollegInnen und Supervision empfohlen.

Ein angenehmes Beratungssetting, in der die Bedürfnisse der KlientInnen ernst genommen und jegliche Störquellen ausgeschaltet werden, sorgt für eine gute Informationsaufnahme. Die Informationsweitergabe wird so aufbereitet, dass sie von den Betroffenen verstanden wird. In stabilen Krankheitsphasen kann dies durch Transparenz, Glaubhaftigkeit und Relevanz gewährleistet werden.

Durch die Methode der klientenzentrierten Gesprächsführung, in der das zuhörende Gespräch Anwendung findet, werden die Gesprächsinhalte, Gefühle und Affekte der KlientInnen gespiegelt und Selbstwahrnehmung, Probleminterpretationen und Krankheitsverständnisse der Betroffenen miteinbezogen. Weiters zählt die Erkenntnis, dass es nicht um Heilung sondern um den Umgang mit der Erkrankung geht. Zusätzlich wird an Schuldgefühlen gearbeitet und wiederkehrende Abläufe der Erkrankung aufgedeckt und dadurch beeinflussbar gemacht.

Den Betroffenen wird ermöglicht, den Zusammenhang zwischen der psychischen Erkrankung und ihrer Lebensgeschichte zu sehen. Durch die Biographiearbeit wird sowohl eine versöhnte Lebensgeschichte als auch das Sichtbarwerden von Ressourcen angestrebt. Der Austausch mit Gleichgesinnten begünstigt die Akzeptanz der Lebenssituation und führt dazu, dass gesundheitsförderliche Faktoren und die Dynamik der Erkrankung verstehbar werden. Im Rahmen der Psychoedukation, in der die Betroffenen als ExpertInnen gelten, werden Informationen über die psychische Erkrankung vermittelt, die Wahrnehmung des Krisengeschehens und eine bewusste Steuerung des Krankheitsverlaufs gefördert.

Auch stehen Gruppen für Angehörige im Angebot, in denen Informationen über die Erkrankungen weitergegeben werden. An dieser Stelle werden auch

Aufklärungsarbeiten in der Öffentlichkeit erwähnt, um die Auseinandersetzung mit psychischen Erkrankungen anzuregen.

### **Das Gefühl der Bewältigbarkeit stärken** (vgl. Grabert 2007:91-94)

Bewältigbarkeit kann durch einen intensiven Vertrauensaufbau zu den Betroffenen gestärkt werden. Wertschätzung, Anerkennung von Grenzen, die Einhaltung von Absprachen und die Bearbeitung von aktuellen Themen erleichtern den Zugang zu den Menschen. Weiters sorgt die sozialarbeiterische Begleitung für die Entwicklung von realistischen Zielen. Erfolge werden aufgezeigt und als Motivation für das Weiterarbeiten an den Zielen eingesetzt. So entwickeln Betroffene Vertrauen in die eigenen Ressourcen, sie werden selbständiger und übernehmen schrittweise Verantwortung für ihr Leben und ihre Krankheit. Gefühle der Überforderung werden vermieden und eine Orientierung an Erfolgen wird garantiert.

Die Bewältigungsfähigkeit der Betroffenen steht im Mittelpunkt der Handlungen, dadurch erleben die Betroffenen ihre eigenen Fähigkeiten. Die SozialarbeiterInnen greifen nur in Ausnahmefällen ein und in Krisenzeiten übernehmen sie die Verantwortung für ihre KlientInnen. Hierbei ist es hilfreich, bereits in stabilen Phasen Vereinbarungen über die Vorgehensweise in Krisensituationen zu treffen und die Aufbereitung der Krisengeschehnisse sicherzustellen.

Genauso wird die soziale Absicherung gewährleistet. Die Soziale Arbeit geht auf die Ressourcen der Betroffenen ein, erkundet andere Hilfsquellen und bespricht konkrete Hilfsangebote. Um Beanspruchungs- und Erholungsphasen einzuhalten, wird das Alltagsleben gemeinsam geplant. Alltägliche Angelegenheiten werden anfänglich begleitet, um letztendlich die Selbständigkeit der Betroffenen zu erreichen.

Zusätzlich bietet ein soziales Kompetenztraining die Möglichkeit, Kontakte herzustellen, Bedürfnisse zu artikulieren und die eigene Körpersprache zu beachten. Ebenso werden die Abgrenzung von unberechtigten Ansprüchen und die Erhebung von eigenen Forderungen trainiert. Übungen zur Entspannung, Freizeitgestaltungsaktivitäten und Gruppenangebote sorgen für Erholungsmöglichkeiten.

### **Das Gefühl der Bedeutsamkeit stärken** (vgl. Grabert 2007:94-96)

Die Soziale Arbeit bietet den Menschen Unterstützung in der Sinnsuche - verborgene Wünsche, Träume und Ziele werden erkundet. Danach wird erarbeitet, wie eine Integration dieser Bereiche in das Leben erfolgen kann. Die Betroffenen werden auf alltägliche Dinge aufmerksam gemacht, die immer wieder Kräfte abgeben und die subjektive Lebensqualität steigern. Die Förderung des Bewusstseins, dass Veränderungen der Lebenssituationen möglich und beeinflussbar sind, helfen den Betroffenen, Verantwortung für sich selbst und bis zu einem gewissen Grad auch für andere Personen zu übernehmen.

Auch begünstigt die Einwirkung auf eine Gruppe das Gefühl der Bedeutsamkeit. Die SozialarbeiterInnen übernehmen eine Vorbildwirkung, indem sie ihre eigenes Leben und ihre Tätigkeit als sinnvoll erleben, dadurch spüren die Betroffenen, was es heißt, einen Sinn im Leben zu sehen. Oft gilt der Glaube als letzter Halt in der Erkrankung, weil dieser bei der Bewältigung von Anforderungen hilfreich wirkt. Aus diesem Grunde werden Glaubensinhalte besprochen und gemeinsam Wege zur Glaubensausübung gesucht. Die Integration der Krankheit in das Alltagsleben kann erst dann erfolgen, wenn Betroffene sich selbst und ihre psychische Krankheit anerkennen können.

## **6.4 Praxis der Gesundheitsförderung in den Psycho-Sozialen Diensten**

Im Teil fünf konnten anhand der Praxis konkrete Umsetzungsmöglichkeiten der Gesundheitsförderung im Rahmen der Psycho-Sozialen Dienste erfahren werden. Aus den Forschungsergebnissen leitet sich ab, dass die Soziale Arbeit den Fokus auf individuelle Ressourcen, Fertigkeiten, positive Anteile und vollbrachte Leistungen ihrer KlientInnen legt. Außerdem wird das Lebensumfeld in die Gesundheitsförderung miteinbezogen und die KlientInnen selbst führen aktive, eigenverantwortliche und gesundheitsförderliche Handlungen durch. Es kommt durch gesundheitsförderliche Interventionen zur Förderung des Wohlbefindens der psychisch beeinträchtigten Menschen. Sie werden befähigt, den Stress des Lebens und die alltäglichen Probleme zu bewältigen, damit sich positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen zeigen. Dieser Ablauf legt eine salutogenetisch

orientierte Arbeitsweise dar. So zeigen sich zahlreiche Übereinstimmungen mit den oben vorgestellten salutogenetischen Unterstützungsmöglichkeiten.

## **6.5 Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit im Psychiatriebereich**

Meines Erachtens ist es an der Zeit die salutogenetische Sichtweise verstärkt in die Soziale Arbeit zu implementieren. Richtig stellt Schulze-Steinmann (2008:10) fest: In einer Sozialen Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen ist es ethisch nicht vertretbar, Menschen auf ein einziges Merkmal, sprich auf ihre psychische Erkrankung zu reduzieren. Sinnvoller ist es, die Psyche salutogenetisch zu betrachten. Dies gestaltet sich äußerst zweckmäßig, da die Menschen, aufgrund ihrer psychischen Erkrankung, mit massiven Belastungen umgehen und Lösungsstrategien für ihr Leben finden müssen. (vgl. Stein 2008:1)

Das hierfür nötige Umdenken in der täglichen Arbeit kann nur in einem langsamen Prozess stattfinden. Die SozialarbeiterInnen müssen das Krankheitskonzept in deren Köpfen verabschieden und den Fokus auf die gesunden Anteile ihrer KlientInnen setzen. Es geht um Akzeptanz und Wertschätzung von Potentialen, die jeder Mensch hat. (vgl. Schulze-Steinmann 2008:6-8) Auch schwer kranke Menschen haben gesunde Züge, die es zu stärken gilt, um die psychische Erkrankung besser zu bewältigen. (vgl. Stein 2008:1)

Im Rahmen dieser Diplomarbeit konnte nur kurz auf die salutogenetischen Integrationsmöglichkeiten in der Sozialen Arbeit eingegangen werden. Auch gibt es hierfür in der Fachliteratur sehr wenig Material. Um die Salutogenese noch tiefer und gefestigter in die Soziale Arbeit einzuführen, bräuchte es für SozialarbeiterInnen in Fortbildungen und Fachtagungen Informationen zum Thema der Salutogenese und eine Aufarbeitung und Diskussionen über die zentralen Maxime des salutogenetischen Modells. Erst danach könnte die Intensivierung eines gemeinsamen Austausches über die konkreten Schlussfolgerungen für die soziale Arbeitsweise erfolgen.

An dieser Stelle seien die Fachhochschulen der Sozialen Arbeit erwähnt, welche bereits einen Schwerpunkt auf das Konzept der Salutogenese setzen. Beispielsweise wird im Bachelor-Studiengang an der Fachhochschule St. Pölten in der

Lehrveranstaltung „Gesundheits- und Krankheitskonzepte“ die Salutogenese in Bezug auf die Sozialarbeit bereits unterrichtet. Somit ist eine zukünftige Implementierung der Salutogenese in die Sozialen Arbeit abzusehen.

# 7 SCHLUSSTEIL

## 7.1 Conclusio

Am Anfang der Diplomarbeit wurden die Fragen gestellt: Wie die SozialarbeiterInnen dieser Institution die psychische Gesundheit ihrer KlientInnen fördern beziehungsweise inwiefern diese Gesundheitsförderung eine praktische Anwendung der Salutogenese darstellt. In der empirischen Forschung kristallisierten sich folgende konkrete gesundheitsförderliche Interventionen heraus:

- Vermittlung des Bewusstseins der Triade Körper, Seele und Geist
- Interventionen zum Aufbau und zur Stärkung des Selbstwertgefühls
- Anwendung einer ressourcenorientierten Arbeitsweise
- Ausrichtung auf die Gesundheit der KlientInnen
- Gesundheitsförderlicher Umgang mit Diagnosen
- Förderung sozialer Kontakte
- Arbeiten im sozialen Umfeld
- Einsatz einer motivierenden Gesprächsführung
- Gesundheitsförderlicher Umgang mit Arbeit und Leistung
- Alltagstraining und Freizeitgestaltung
- Förderung der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung
- Deckung der Grundbedürfnisse
- Unterstützung in der Sinnfindung
- Anwendung einer lösungs- und zielorientierten Arbeitsweise

Anhand der Forschungsergebnisse und der Literaturrecherchen zur Integration der Salutogenese in die Soziale Arbeit konnte festgestellt werden, dass die gesundheitsförderliche Arbeitsweise der SozialarbeiterInnen der Psycho-Sozialen Dienste eine mögliche praktische Anwendung des theoretischen Konzeptes der Salutogenese darstellt.

## 7.2 Schlusswort

Die Frage „Warum werden Menschen wieder gesund und warum bleiben Menschen gesund?“ klingt etwas ungewöhnlich, da meist mit Krankheiten und Defiziten

gearbeitet wird. Dennoch ermöglicht diese Frage eine ganzheitliche Betrachtung des jeweiligen Menschen mit seinen/ihren Eigenschaften, Fähigkeiten, Fertigkeiten und seiner/ihrer Lebensgeschichte. Antonovskys Salutogenese ist zwar ein unvollständiges Konzept, dennoch sorgt es für Veränderungen in den Sicht- und Verhaltensweisen der Sozialen Arbeit.

Salutogenetisch orientierte SozialarbeiterInnen wenden sich der/m KlientIn an seinem Entstehungsort der Erkrankung, sprich seinem Lebensort zu. Dort setzen sie gesundheitsförderliche Interventionen, sorgen für die Aktivierung und Nutzung von Ressourcen und unterstützen die Erweiterung der Lebenssouveränität, damit es den KlientInnen gelingen kann, mehr Kontrolle über ihre Lebensbedingungen zu erlangen. (vgl. Schulze-Steinmann 2008:7-10) Eine professionelle Soziale Arbeit kann daher Wesentliches zur Entwicklung und Erhaltung von Gesundheit beitragen. Von den KlientInnen verlangt dies jedoch eine Eigenverantwortlichkeit für ihre Gesundheit. (vgl. Stein 2008:2)

„Wenn wir (...) gesundheitsfördernd arbeiten wollen, müssen wir unsere professionellen Interventionen auf die Gesundheit unserer KlientInnen richten, sozusagen eine Anwaltschaft der Gesundheit übernehmen. In der professionellen Unterstützungsarbeit bedeutet das befähigen und ermöglichen und vermitteln und vernetzen.“ (Schulze-Steinmann 2008:6)

Nach meinem Erachten beinhaltet die Gesundheitsentstehung eine förderliche Bewältigung der Alltagsanforderungen, eine stärkere Widerstandsfähigkeit und adäquate Umgangsformen mit Lebensanforderungen. Zusammen führt dies zu mehr Freude und Zufriedenheit im Leben der KlientInnen.

SozialarbeiterInnen sollen es als ihren Auftrag sehen, um in Antonovskys Metapher vom reißenden Fluss zu bleiben, den Schwimmer im reißenden Fluss dazu zu befähigen, den Kopf über dem Wasser zu halten. SozialarbeiterInnen dienen als GesundheitsunterstützerInnen, wenn sie ihre KlientInnen dabei unterstützen, sich wieder in Richtung Gesundheit zu bewegen. Wenn sich Personen diesem körperlichen, seelisch-geistigen Wohlbefinden annähern, empfinden sie das Gefühl der Gesundheit. (sh. Petzold 2000: Gesundheit ist ansteckend!)



## Nachwort

In meiner Sozialen Arbeit eignete ich mir mittlerweile eine salutogenetische Haltung an. Dies zeigt sich vor allem darin, dass ich gezielt mit den jeweiligen Ressourcen der KlientInnen arbeite. Sowie ich durch etwaige Fragestellungen versuche, ihre Komponenten des Kohärenzgefühls erfahrbar zu machen.

Ich erkenne, dass einzig allein die psychisch beeinträchtigten Menschen selbst die ExpertInnen für ihre spezifische Situation sind. Sie sind psychisch erfahren und wissen, was ihnen gut tut.

Die Faszination des Salutogenese-Konzeptes liegt für mich im Blick auf die Förderung positiver Gesundheitsqualitäten. Nach meinem Erachten lässt sich das Konzept der Salutogenese in die sozialarbeiterische Methodik auf äußerst nützliche Weise integrieren. Und, dass diese salutogenetische Denkweise in der Sozialen Arbeit mit Menschen, die psychische Störungen aufweisen, bekannter wird, dazu werde ich noch einiges beitragen...

# Literatur

Antonovsky, Anton (1979): Health, Stress and Coping. San Francisco.

Antonovsky, Anton (1987): Unraveling the Mystery of Health. San Francisco.

Antonovsky, Anton (1993): Gesundheitsforschung versus Krankenforschung. In: Franke, Alexa / Broda M (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit, Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen. 3-14

Antonovsky, Anton (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen.

Bengel, Jürgen / Strittmatter, Regine / Willmann, Hildegard (1998): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln.

Breitenberger, Markus (2008): Salutogenese. München, <http://www.therapeutenfinder.com/news/1532-salutogenese.html> am 12.12.2008

Brieskorn-Zinke, Marianne / Köhler-Officerski, Alexa (1997): Gesundheitsförderung in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung für soziale Berufe. Freiburg im Breisgau.

Bogner, Alexander / Littig, Beate / Menz, Wolfgang (Hrsg.) (2005): Das ExpertInneninterview. Theorie, Methode, Anwendung, Auflage. Wiesbaden.

Bogner, Alexander / Menz, Wolfgang (2005): Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisse, Wissensformen, Interaktion. In: Bogner, Alexander / Littig, Beate / Menz, Wolfgang (Hrsg.) (2005): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung, 2. Auflage. Wiesbaden. 33-70.

Bosshard, Marianne / Ebert, Ursula / Lazarus, Horst (2007): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. 3. vollständige überarbeitete Auflage. Bonn.

Bosshard, Marianne (2008): Soziale Arbeit und Psychiatrie. In: Gahleitner, Silke / Hahn, Gernot (Hrsg.) (2008): Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. Bonn. 151-162.

Caritas St. Pölten (Hrsg.) (2005): PSD-Konzept. St. Pölten.

Caritas St. Pölten (Hrsg.) (2006): PSD-Organisationshandbuch. St. Pölten.

Chaumet, Manfred (2008): Salutogenese. Ein Weg zur anderen Qualität? In: Offizielles Organ des Deutschen Verbandes für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten / Krankengymnasten (ZVK) e.V. (2008): pt - Zeitschrift für Physiotherapeuten. 1. Ausgabe. Köln, <http://www.physiotherapeuten.de/antje-hueter-becker-preis/chaumet01.pdf> am 12.12.2008

Cicourel, Aaron (1974): Messung und Methode in der Soziologie. Frankfurt.

Das Portal der Europäischen Union (2006): Tätigkeitsbereiche der Europäischen Union. Zusammenfassungen der Gesetzgebung. Gesundheitswesen. Das Grünbuch der psychischen Gesundheit (2005), <http://europa.eu/scadplus/leg/de/cha/c11570c.htm> am 22.12.2008

Eichhorn, Maria / Witt, Caroline (2003): Grundlagen betrieblicher Gesundheitsförderung. Berlin. In: Humboldt-Universität Berlin (Hrsg.) (2003), [http://www3.psychologie.hu-berlin.de/arbpsy/studenten/arbpsdoc/02\\_bgf\\_a.doc](http://www3.psychologie.hu-berlin.de/arbpsy/studenten/arbpsdoc/02_bgf_a.doc) am 30.01.2009

Felder-Stocker, Brigitta / Jeger-Bernhard, Claudia / Kaufmann, Margit (2000): Was macht es aus, dass...? Das Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky. Eine Anwendungsmöglichkeit in der Sozialen Arbeit. Diplomarbeit aus der HFS Zentralschweiz Höhere Fachschule im Sozialbereich. Ausbildungsgang Sozialarbeit. Bern.

Fichten, Wolfgang (1998): Gesundheit und Krankheit und das Konzept der Gesundheitsförderung. Studententext. 8-15. In: Zentrale Einrichtung Fernstudienzentrum der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg (Hrsg.) (1988): Grundlagen psychologischer Gesundheitsförderung. Lehrtext.

Fischer, Peter-Ernst (2008): Vom „Schweigen der Organe“. Eine kleine Geschichte der Gesundheit, <http://www.epfischer.com/Leseproben/Bachmaiers.doc> am 28.12.2008

Finzen, Asmus (1998): Das Pinelsche Pendel. Die Dimension des Sozialen im Zeitalter der biologischen Psychiatrie. Bonn.

Flaker, Udo / Schmid, Tom (2006): Von der Idee zur Forschungsarbeit. Forschen in der Sozialarbeit und Sozialwissenschaft. Wien, Köln und Weimar.

Flick, Uwe (2005): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung, 3 Auflage. Reinbeck bei Hamburg.

Froschauer, Ulrike / Lueger, Manfred (2003): Das qualitative Interview. Wien.

Gadamer Hans-Georg (1993): Über die Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt.

Gahleitner, Silke / Hahn, Gernot (Hrsg.) (2008): Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. Bonn.

Girtler, Roland (1984): Methoden der qualitativen Sozialforschung. Anleitung zur Feldarbeit. Wien, Köln und Graz.

Grabert, Andrea (2007): Salutogenese und Bewältigung psychischer Erkrankungen. Einsatz des Kohärenzgefühls in der Sozialen Arbeit. Lage.

Institut für Burnout-Prophylaxe (2008): Zum Konzept der Salutogenese. Hamburg, <http://www.burnout-stop.de/salutogenese/> am 31.12.2008

Keupp, Heiner (2000): Gesundheitsförderung als Ermutigung zum aufrechten Gang. Eine salutogenetische Perspektive. In: Sting, Stephan / Zurhorst, Günter (Hrsg.) (2000): Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Weinheim und München. 15-14

Kühl, Stefan / Strodtholz, Petra (2002): Methoden der Organisationsforschung. Ein Handbuch. Hamburg.

Lamnek, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch, 4. Auflage. Weinheim.

Lamprecht, Friedrich / Johnen, Rolf (1997): Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik? Frankfurt.

Lamprecht, Friedhelm / Sack, M. (1997): Kohärenzgefühl und Salutogenese. Eine Einführung. In: Lamprecht, Friedhelm / Johnen, Rolf (Hrsg.) (1997): Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik? Frankfurt.

Maoz, Benyamin (1997): Salutogenese – Geschichte und Wirkung einer Idee. In: Schüffel, Wolfram / Brucks, Ursula / Johnen, Rolf / Köllner, Volker / Lamprecht, Friedhelm / Schnyder, Ulrich (1998): Handbuch der Salutogenese. Wiesbaden. 13-22

Mayer, Jan / Görlich, Peter / Eberspächer, Hans (2003): Mentales Gehtraining. Ein salutogenes Therapieverfahren für die Rehabilitation. Berlin.

Mayering, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken, 5. Auflage. Weinheim und Basel.

Mayering, Phillip (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 8. Auflage. Weinheim und Basel.

Meuser, Michael / Nagel, Ulrike (2005): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, Alexander / Litting, Beate / Menz, Wolfgang (Hrsg.) (2005): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung, 2. Auflage. Wiesbaden. 71-93

Mühlum, Albert (2008): Klinische Sozialarbeit und Gesundheitsförderung. In: Gahleitner, Silke / Hahn, Gernot (Hrsg.) (2008): Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. Bonn. 62-74

Obert, Klaus (2001): Alltags- und lebensweltorientierte Ansätze sozialpsychiatrischen Handelns, 2. Auflage. Bonn.

Oppl, Hubert / Weber-Falkensammer, Hartmut (1986): Lebenslagen und Gesundheit – Hilfen durch Soziale Arbeit. Frankfurt am Main.

Ortmann, Karlheinz / Waller, Heiko (Hrsg.) (2005): Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder, Band 13. Stuttgart.

Pauls, Helmut (2004): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung. Weinheim und München.

Rössler, Wulf (Hrsg.) (2004): Psychiatrische Rehabilitation. Unter Mitarbeit von Ch. Lauber. Berlin und Heidelberg.

Ruhl, Ilja (2008): Andrea Grabert: Salutogenese und Bewältigung psychischer Erkrankungen. Einsatz des Kohärenzgefühls in der Sozialen Arbeit. In: socialnet GmbH (Hrsg.) (2008): Rezensionen. Bonn.

Schiffer, Eckhart (2001): Wie Gesundheit entsteht. Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung. Weinheim und Basel.

Schiffer, Eckhart (2008): Salutogenese – „Wie Gesundheit entsteht“. Referat aus dem 8. Fachschultag in Hamm am 13. März 2008.

Schüffel, Wolfram / Brucks, Ursula / Johnen, Rolf / Köllner, Volker / Lamprecht, Friedhelm / Schnyder, Ulrich (1998): Handbuch der Salutogenese. Wiesbaden.

Schulze-Steinmann, Lisa (2008): Salutogenese. Von der Gesundheit psychisch Kranker. In: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband (Hrsg.) (2008): Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit. Berlin, <http://www.tup-online.com/media/md2731D.pdf> am 29.12.2008

Stein, Rosemarie (2008): Die Gewissheit, dass das Leben einen Sinn hat. Warum Menschen gesund bleiben. Richtiger Umgang mit Stress kann Krankheit verhüten. <http://www.snafu.de/mkrasse/diegewissheit.htm> am 11.10.2008

Sting, Stephan / Zurhorst, Günter (Hrsg.) (2000): Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Weinheim und München.

WHO (1986): Ottawa Charta for Health Promotion. Ottawa.

WHO (1986): Health Promotion. A Discussion Document on the Concept and Principles (ICP/HSR 602/m01). Kopenhagen.

Wikipedia: 

Stichwortartikel	Qualitative	Sozialforschung,
------------------	-------------	------------------

  
[http://de.wikipedia.org/wiki/Qualitative\\_Sozialforschung](http://de.wikipedia.org/wiki/Qualitative_Sozialforschung) am 18.12.2008

Wikipedia: Stichwortartikel Salutogenese, <http://de.wikipedia.org/wiki/Salutogenese> am 31.12.2008

Zentrum für Salutogenese (2008): Kriterien für salutogenetische Orientierung. Braunschweig, <http://www.salutogenese-zentrum.de/cms/main/salutogenese-wissenschaft/weiterentwicklung/> am 31.12.2008