

„Ich mag nicht mehr“

*Psychosoziale Prozessberatung als Hilfe aus der
Resignation zurück ins Leben*



Susanne Edelmann
Silberbachstrasse 11b
9032 Engelburg
info@edelmann-beratung.ch

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
1.1 Ausgangslage und Motivation	3
2. Zielsetzung	4
3. Aufbau	4
4. Traumatische Ereignisse und ihre Folgestörungen	5
5. Beziehungsgestaltung	7
6. Praxisanwendung	9
7. Interventionen	14
8. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	16
8.1 Zusammenfassung	16
8.2 Schlussfolgerungen	16
9. Literaturverzeichnis	17
10. Quellenverzeichnis	18
11. Erklärung	Fehler! Textmarke nicht definiert.

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage und Motivation

Vor einigen Tagen sass ich in unserer Intervisionsgruppe. Eine Kollegin erzählte eine für sie schwierige Situation in der Beratung eines Menschen, der resigniert hat. Ein Raunen ging durch die Gruppe, war sie uns doch allen bestens vertraut, diese Situation. Klienten, die uns in der Beratung gegenüber sitzen. In sich gekehrt, wortkarg, oft ungepflegt, sinn- und perspektivenlos, resigniert.

Resignierte Menschen gehören zu einer der herausforderndsten Klientengruppe innerhalb eines Beratungssettings;

- sie werden nicht selten in einem Zwangskontext zugewiesen
- sie leben in schwierigen sozialen Verhältnissen oder sind ganz vereinsamt
- sie besitzen wenig Eigenantrieb, sind meist ohne Motivation und Hoffnung und perspektivenlos
- sie verfügen scheinbar über keine oder kaum Ressourcen
- zu Beginn sind sie oft wortkarg, manchmal agieren sie aggressiv und manche der Klienten sind zudem unangenehm duftend ungepflegt
- sie sind in der Beratung oft schwierig anzubinden und bringen häufig eine misstrauische Grundhaltung mit
- die Beziehungsgestaltung gleicht einer Gratwanderung

Und so führt die Beratung von resignierten Menschen so manche (engagierte) Fachperson in Gefühle der Hilflosigkeit und Frustration.

Ich arbeite seit vielen Jahren als psychosoziale Beraterin in einer Zentrumsambulanz und kenne oben beschriebene Situationen aus meinem eigenen Alltag nur zu gut. Manchmal war ich ehrlicherweise sogar froh, wenn resignierte Menschen den Prozess abbrachen: ihre Hoffnungslosigkeit hatte auf mich übergegriffen. Da halfen weder Eigenarbeit noch Supervision.

Vor 5 Jahren wurde mir dann eine junge Frau zugewiesen. Sie hätte sich für ein Nierenersatzverfahren (Dialyse) entscheiden müssen, sass jedoch alle ärztlichen Konsultationen schweigend ab. Der behandelnde Nephrologe wies sie mir zu, als letzte Hoffnung sozusagen. Zu meinem Erstaunen kam die junge Frau die folgenden 3 Jahre zweiwöchentlich zu mir in die Beratung. Sie sprach kaum und sass oft mit geschlossenen Augen da. Zu Beginn viele Wochen lang. All meine Interventionsversuche sind ziemlich rasch und offensichtlich gescheitert. Und so habe ich irgendwann alles, was ich wusste und kannte, losgelassen und mich ganz auf diese junge Frau und ihre Situation eingelassen. Sie steht mittlerweile wieder mitten im Leben und wurde mir (ohne dies zu wollen und zu wissen) zu einer meiner grössten Lehrerinnen in der Thematik der Resignation. Seither begleite ich immer mehr Menschen aus einer Resignation heraus zurück ins Leben. Manchmal erfolgreich. Doch nicht immer. Und so möchte ich mit dieser Arbeit noch mehr über die Thematik

erfahren, um dank dem erweiterten Wissen Menschen in Resignation noch besser beraten zu können.

Resignation lässt sich in allen gesellschaftlichen Bereichen finden. Im Sinne der Eingrenzung fokussiert vorliegende Arbeit jedoch auf die Thematik Resignation im Rahmen einer beraterischen Prozessbegleitung.

2. Zielsetzung

Mit dieser Arbeit soll aufgezeigt werden, dass es durchaus möglich ist, Menschen aus einer Resignation heraus zurück ins Leben zu begleiten.

Fachwissen, aber auch die Fähigkeit der beratenden Fachperson, eine tragfähige Arbeitsbeziehung herzustellen, ist für jede Beratungsform wichtig. In der Beratung von resignierten Menschen ist sie jedoch zentral. Und so sollen als erstes mögliche Ursachen von Resignation aufgezeigt werden. Theoretische Kenntnisse bezüglich Resignation lassen einen besser mit all den auftretenden Herausforderungen umgehen, was sich wiederum positiv auf den Beratungsprozess auswirkt. Zudem sollen häufig auftretende Herausforderungen spezifisch beschrieben und erklärt werden. Dies führt möglicherweise zu etwas mehr Gelassenheit im Umgang mit der Symptomatik der Resignation. Es werden jedoch auch hilfreiche Interventionsmöglichkeiten beschrieben und reflektiert, in der Hoffnung, diese im persönlichen Arbeitsalltag dann vertieft einsetzen zu können.

Die Arbeit soll somit;

- Wissen vermitteln und damit mehr Sicherheit im Umgang mit resignierten Klienten bewirken.
- Den bereits vorhandenen eigenen Fundus an hilfreichen Interventionsmöglichkeiten um einige zusätzliche erweitern.
- Das Verständnis für die Thematik vergrößern und die Fähigkeit stärken, Menschen in einer Resignation erfolgreich zurück ins Leben zu begleiten.

Aus dieser Zielsetzung heraus ergibt sich für mich folgende zentrale Fragestellung:
Wie muss psychosoziale Beratung gestaltet sein, um resignierte Menschen erfolgreich zurück ins Leben zu begleiten?

3. Aufbau

Um mit Menschen in Resignation erfolgreich zu arbeiten ist es unerlässlich, über diesbezügliches Fachwissen zu verfügen. In der Literatur wird Resignation oft als Spätfolge unverarbeiteter traumatischer Ereignisse beschrieben. Kapitel 4 beginnt mit dem Aufzeigen dieses Ansatzes und erklärt in diesem Zusammenhang kurz das Konzept der „erlernten Hilflosigkeit“ von M.E. Seligman.

Die Zusammenarbeit mit resignierten Menschen gestaltet sich oft schwierig. Nicht immer lässt sich eine tragfähige Arbeitsbeziehung aufbauen und Beratungsabbrüche scheinen bei resignierten Menschen häufiger vorzukommen. Und so stellt Kapitel 5 die vier primären Bindungstypen aus der Bindungstheorie von John Bowlby und Mary Ainsworth vor und erklärt, weshalb Beziehungsaufbau nicht immer auf Antrieb klappt. Kapitel 6 schildert eine erfolgreiche psychosoziale Beratung aus der Resignation heraus zurück ins Leben. Anhand dieses Fallbeispiels soll aufgezeigt werden, welche Parameter in der Beratung von resignierten Menschen hilfreich sind. Aus den Kapiteln 4, 5 und 6 lassen sich hilfreiche Interventionen für die Beratung von resignierten Menschen ableiten. Diese werden in Kapitel 7 aufgelistet. Die Arbeit schließt im Kapitel 8 mit der Beantwortung der zentralen Fragestellung und einer persönlichen Zusammenfassung und Schlussfolgerung.

4. Traumatische Ereignisse und ihre Folgestörungen

„Das Erleben eines traumatischen Ereignisses konfrontiert Menschen per Definition mit einer Situation, deren objektive Charakteristik ihre subjektiven Bewältigungsmöglichkeiten überschreitet und mit einem intensiven Gefühl von Hilflosigkeit, Ohnmacht und Entsetzen einhergeht. Oftmals führen Traumata zu einer erheblichen Erschütterung des Selbst- und auch des Weltbildes und hinterlassen substantielle Beeinträchtigungen, die die weitere Lebensgestaltung überschatten“ (Oezkan, Sachse, Streeck-Fischer, 2012, S. 11)

Traumatische Ereignisse sind Situationen, in denen der Betroffene weder fliehen noch kämpfen kann. Er ist ihnen – innerlich erstarrt – ausgeliefert und muss sie hilflos über sich ergehen lassen, ohne darauf Einfluss nehmen zu können. Im allgemeinen Verständnis wird unter einem traumatischen Ereignis oft sexuelle Gewalt, schwerer Autounfall etc. verstanden. Nimmt man die Definition wörtlich, wird jedoch klar: ein traumatisches Ereignis kann auch eintreten, wenn ein geliebter Mensch unerwartet stirbt, ein überraschend schmerzhafter medizinischer Eingriff vorgenommen werden muss usw. Und so kann davon ausgegangen werden, dass vermutlich die meisten Menschen irgendwann in ihrem Leben mindestens einmal ein traumatisches Ereignis erleben.

Unmittelbare Folgen eines solchen Erlebnisses sind:

- Nicht mehr wissen, was los ist (Verstörung)
- Nichts mehr fühlen (schockiert)
- Nichts mehr spüren (emotionale Taubheit)
- Nichts mehr wahrnehmen oder überflutet werden von Bildern
- Nichts mehr wissen durch Erinnerungslücken oder den Verlust der räumlichen und zeitlichen Einordnung des Geschehens

(Beckrath-Wilking, Biberacher, Dittmar, Wolf-Schmid, 2013, S. 39)

In den nachfolgenden Tagen bis manchmal Wochen treten meist – als ganz normale Traumareaktion - folgende Symptome auf: Angst, Hilflosigkeit, das Gefühl des Kontrollverlustes, Dissoziative Amnesie, Übererregbarkeit (Reiners-Kröncke, Dette, Haas, 2013, S. 32).

In der Literatur wird darauf verwiesen, dass sich 25 – 40% aller Menschen, die ein traumatisches Ereignis erleben, ohne Hilfe von aussen wieder erholen, sprich das Erlebnis so verarbeiten, dass keine weiteren Folgen auftreten (z.B. Reiners-Kröncke, Dette, Haas, 2013, S. 34). Zurek, Schedlich & Bering, (2008) sprechen von sogenannten Selbsterholern (S. 8). Daraus kann geschlossen werden, dass ca. 60 % aller traumatisierten Menschen weiter unter dem traumatischen Ereignis und dessen Folgen leiden.

Wird das Ereignis nicht ausreichend verarbeitet, bleiben die Symptome bestehen und weiten sich in eine so genannte **Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)** aus. Die Symptome sind im ICD-10 folgendermassen beschrieben:

„Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Albträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung über“ (ICD-10, F43.1)

Es lässt sich keine konkrete Zahl finden, was unter „wenigen Fällen“ zu verstehen ist. Doch ganz offensichtlich scheint für einige Betroffene der Weg weiter zu gehen. Die Fachwelt spricht dann von **Persönlichkeitsänderungen oder komplexer posttraumatischer Belastungsstörung (kPTBS)**.

Zu deren Symptomen gehören:

- Anhaltende Änderung in der Wahrnehmung, in der Beziehung zu Mitmenschen und im Denken
- Feindliche bzw. misstrauische Haltung gegenüber der Welt und den Menschen
- Sozialer Rückzug
- Gefühl der Leere und/oder Hoffnungslosigkeit
- Tiefe Stresstoleranz, gesteigerte Reizbarkeit, Nervosität; dies kann mit übermäßigem Alkoholkonsum bzw. dem Gebrauch von Drogen einhergehen
- Entfremdungsgefühle, mitunter emotionale Betäubung (Reiners-Kröncke, Dette, Haas, 2013, S. 56)

Bei Menschen die an einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung leiden, tritt häufig die sogenannte „erlernte Hilflosigkeit auf“. Ein Phänomen, das 1967 von Martin E. P. Seligman beschrieben wurde und sich wie folgt verhält: Erlebt ein Mensch Situationen, denen er in grosser Hilflosigkeit ausgeliefert ist, ohne Einfluss auf die Situation nehmen zu können (z.B. ein traumatisches Ereignis), kann dies seine Haltung und seine Erwartungen bei künftigen Ereignissen ausserordentlich prägen. Tritt nun ein Ereignis ein, das erneut ein Gefühl von Hilflosigkeit auslöst, kann es geschehen, dass dieser Mensch automatisch davon ausgeht, auch das neue Ereignis nicht beeinflussen zu können, so dass er sich der Situation ergibt. Obwohl in dieser neuen Situation Kampf oder Flucht durchaus möglich gewesen wären. Die erste Situation hat einen dermassen prägenden Eindruck hinterlassen, dass Kampf und Flucht nicht mehr als Optionen wahrgenommen werden. Der Betroffene lässt Situation über Situation über sich ergehen und die Überzeugung, nicht beeinflussen zu können, verhärtet sich zunehmend.

Dies führt längerfristig zu einem grundsätzlichen Empfinden von Kontrollverlust und Ausgeliefertsein. Das Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit geht mehr und mehr verloren. Was sich im Aussen dann in Form von zunehmender Passivität, Resignation und sozialem Rückzug zeigt.

Die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung hat zudem Auswirkungen auf das Beziehungsverhalten der Betroffenen:

- Die Fähigkeit zu vertrauen stellt ein grosses Problem für Menschen dar, die eine durch Menschen verursachte traumatische Erfahrung machen mussten (Reiners-Kröncke, Dette, Haas, 2013, S. 58)
- Menschen mit kPTBS haben Probleme, nahe zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen, sich darauf einzulassen und sie aufrecht zu erhalten. Sie leiden oft unter grossen Problemen in ihren Partnerschaften und finden darin wenig Zufriedenheit. Sie haben zudem erhebliche Probleme, Kinder angemessen zu versorgen und funktionieren in der Arbeit häufig auf einem niedrigen Niveau. Menschen mit einem kPTBS sind oft sozial isoliert. (Oezkan, Sachsse, Streeck-Fischer, 2012, S.53)

5. Beziehungsgestaltung

Bei resignierten Menschen fällt die Häufigkeit von Beziehungsabbrüchen auf. Zudem gestalten sich Aufbau und Erhalt einer tragfähigen Arbeitsbeziehung innerhalb eines Beratungs-Settings oft als grosse Herausforderung. Ein wichtiger Aspekt in der Arbeit mit resignierten Menschen scheint somit die Beziehungsgestaltung zu sein.

Bindungstheorie

John Bowlby hat 1958 mit seiner Veröffentlichung „the nature of a child's tie to his mother“ den Grundstein der Bindungstheorie gelegt. Mary Ainsworth hat diese dann mit unzähligen Untersuchungen verfestigt.

Die beiden beschreiben in ihrem Konzept die Tatsache, dass sich aus frühkindlichen Beziehungserfahrungen mit der primären Bezugsperson im Laufe der ersten Lebensjahre so genannte Bindungsmuster entwickeln, welche grosse Auswirkungen auf das spätere Beziehungsverhalten haben.

Bowlby und Ainsworth beschreiben vier solcher Bindungsmuster:

Sichere Bindung:

Das Kind erlebt eine grundsätzlich zuverlässige, sichere und verfügbare Bezugsperson. Dies wird als sichere Basis erlebt, um ein stabiles Selbstbild aufzubauen und die Welt zu erforschen. Als Erwachsene sind diese Menschen fähig, konstruktive Beziehungen zu anderen Personen aufzubauen und auch zu halten.

Unsicher-vermeidende Bindung:

Erlebt das Kind wiederholt zurückweisendes und/oder unsicheres Verhalten seiner primären Bezugsperson, entwickelt es ein unsicher-vermeidendes Bindungsverhalten. Als Erwachsene wirken diese Menschen oft distanziert, misstrauisch und erzählen wenig Persönliches. Sie fühlen sich minderwertig, haben eine grosse Sehnsucht nach Nähe und reagieren übermässig auf (vermeintliche) Zurückweisung und/oder negative Kritik. Das Beziehungsverhalten ist vorsichtig.

Unsicher-ambivalente Bindung:

Das Kind erlebt eine unberechenbare primäre Bezugsperson, die manches Mal liebevoll nährend, im nächsten Moment jedoch auch wieder ohne nachvollziehbaren Grund wütend und abweisend reagiert. Das Kind kann weder abschätzen, noch beeinflussen, wie sich die Beziehung als nächstes gestaltet. Daraus entsteht in späteren Jahren ein ambivalentes Beziehungsverhalten. Die Betroffenen erscheinen widersprüchlich, suchen manchmal Nähe, gehen dann wieder auf Distanz, sind unsicher, wenig objektiv und wiederholt ohne sichtlichen Grund ärgerlich.

Desorganisierte Bindung:

Der desorganisierten Bindung liegt in aller Regel ein traumatisches Erleben mit mindestens einem Elternteil zu Grunde. Dies führt beim Kind zu einem unlösbaren Annäherungs-Vermeidungskonflikt. Dieser Bindungsstil führt oft zu späteren psychopathologischen Krankheitsbildern. Konstruktives Beziehungsverhalten ist schwierig. Aggression und/oder Panik sind häufige Themen im Erwachsenenalter.

(Beckrath-Wilking, Biberacher, Dittmar, Wolf-Schmid, 2013, S. 96 + 97)

Die Bindungstheorie beschreibt, dass diese primären Bindungsmuster – werden sie nicht reflektiert und verändert - als Erwachsene weiter gelebt werden. Somit kann davon ausgegangen werden, dass jeder Klient seine Bindungsmuster und das damit verbundene Beziehungsverhalten mit in die Beratung bringt und es auch ausagiert. Viele Menschen mit psychosozialen Problemen haben nie eine sichere Bindung erlebt und leiden somit – unbewusst - an Bindungsstörungen, ohne dass diese je diagnostiziert wurden. Dieses Wissen hilft, angriffiges und/oder unverständliches Verhalten von Seiten der Klienten nicht persönlich zu nehmen. Menschen mit Bindungsstörungen haben Angst, sich auf eine Bindungsbeziehung einzulassen und somit auch Angst vor einem Beratungsprozess und brechen diesen dann oft wieder ab (Brisch, 2009, S. 109) Diese Klienten benötigen oft mehrere gute Erfahrungen in einer Beratungsbeziehung, bevor sie sich langsam öffnen können. Und so bedarf es der Achtsamkeit und Klarheit der beratenden Fachperson, um einerseits unglückliches/destruktives Verhalten des Gegenübers auszuhalten und andererseits sicher, zuverlässig und ruhig zu bleiben und damit eine sichere Beziehung innerhalb des Beratungssettings zu installieren. Die Arbeit mit Klienten mit unsicheren oder desorganisierten Bindungsmustern benötigt somit viel Geduld und die Fähigkeit, den Klienten trotz manchmal schwierigem Verhalten als Menschen zu mögen.

6. Praxisanwendung

Frau E., Jahrgang 1964, leidet seit ihrem 13. Lebensjahr an Diabetes Mellitus. Als Folgeerkrankung ist vor vier Jahren eine chronische Niereninsuffizienz aufgetreten. Seit zwei Monaten im terminalen Stadium (die Glomeruläre Filtrationsrate liegt noch bei 19%). Die Informationsgespräche über mögliche Nierenersatzverfahren hat sie alle wortlos über sich ergehen lassen. Das mehrmalige Nachfragen des Nephrologen nach ihrer Wahl hat sie jeweils mit „ich weiss nicht“ beantwortet. Der Arzt weist sie mir zu, mit der Bitte, sie in der Entscheidungsfindung zu unterstützen.

Bei unserem **Erstgespräch** sitzt mir eine einfach gekleidete, leicht ungepflegte Frau gegenüber. Sie spricht kaum und wenn, dann mit monotoner Stimme. Meine offenen Fragen beantwortet sie meist mit „ich weiss nicht“. Sie wirkt hilflos, resigniert, abweisend.

→ Menschen, die ein traumatisches Ereignis erlebt haben, das erst wenige Tage oder Wochen zurück liegt, können gegen aussen manchmal wortkarg, kalt und abweisend wirken. Tatsächlich sind sie jedoch einfach innerlich schockiert/erstarrt.

Intervention: Frau E. mahnt mich an einen Menschen nach einem kritischen Ereignis und intuitiv beginne ich „ins Unreine zu sprechen“. Ich imaginiere einen Schutzort, einen Schutzraum, Wärme, Boden und Geborgenheit und fokussiere mich somit auf psychosoziale Erste Hilfe. Die Dramatherapie spricht diesbezüglich vom Errichten eines „safe space“ (sichere Beraterin, sicherer Raum, sichere Beziehung).

Der Körper von Frau E. scheint sich etwas zu entspannen; ihre Atmung wird ruhiger und tiefer. Als ich sie am Schluss des Gespräches frage, ob sie in zwei Wochen wieder

kommen möchte, schaut sie mir das erste Mal direkt in die Augen und meint: „o.k., ich habe eh nichts Besseres zu tun“.

Die psychosoziale Anamnese erstreckt sich über die ersten 5 Gespräche und ergibt mehrere kritische Ereignisse: geboren als viertes Kind, das eigentlich nicht mehr hätte sein sollen, wie die Eltern immer wieder einmal betont hätten. Frau E. ist hochbegabt in Leichtathletik und erhält viel Förderung diesbezüglich. Dadurch entsteht auch eine Bindung zum Vater, der sie sehr unterstützt. Sie ist zunehmend erfolgreicher und will sich schweizweit etablieren. Mit 13 Jahren erhält sie dann die Diagnose des juvenilen Diabetes. Sie liegt mehrere Wochen stationär in einer grossen Zentrumsambulanz (eine Zeit, über die sie bis heute nicht sprechen kann). Man erklärt ihr, sie müsse den Sport aufgeben. Was sie dann auch tut. Ihr Leben hätte damals irgendwie aufgehört, meint sie später sinnend. Sie beginnt ein Studium in Rechtswissenschaft, bricht es jedoch nach vier Semestern ab und arbeitet seither als Bürohilfskraft. Dabei wechselt sie ca. alle zwei Jahre die Arbeitsstelle. Sie fühlt sich nirgends richtig wohl. Dann begegnet ihr ein Mann, in den sie sich verliebt. Die beiden heiraten. Endlich scheint es das Leben gut mit ihr zu meinen. Im Sommer 2011 verliert sie überraschend die Arbeitsstelle. Sie hat dort „Mobbing“ erlebt, ist schockiert, aber auch froh über die Kündigung. Sie findet keine neue Arbeitsstelle mehr und ist zur Zeit unserer ersten Gespräche arbeitslos und ausgesteuert. Die Nachricht der bald bevorstehenden Dialyse vor einigen Wochen fiel zeitgleich mit der für sie völlig überraschenden Trennung vom Ehemann zusammen. Er zog praktisch über Nacht aus, meinte, er hätte keine Gefühle mehr für sie. Er zahlt weiterhin die Miete der Wohnung, etwas Sackgeld und die Rechnungen. Sie selbst hat kein eigenes Geld. Brauche auch keines, wie sie sagt. Sie verlässt die Wohnung nur noch, wenn es ausdrücklich erforderlich ist.

Bei unserem **zweiten Gespräch** wirkt Frau E. nach wie vor angespannt. Aber auch etwas zugänglicher. Erneut imaginiere ich einen Schutzraum. Einen Raum der Sicherheit. Erneut entspannt sie sich etwas dabei. Dieses Vorgehen scheint ihr gut zu tun.

Frau E. hat ein ganz eigenes Beziehungsverhalten. Sie schaut mich kaum an und beantwortet die meisten meiner Fragen mit einer Gegenfrage. Ein Muster, das sie viele Monate lang beibehält. Sie erzählt von ihrer finanziellen Abhängigkeit und grossen Unsicherheit und ich gebe ihr die Kontaktdaten des Sozialamtes ihrer Gemeinde. Frau E. meldet sich daraufhin beim Sozialamt an und wird dort seither betreut und begleitet. Gleichzeitig füllen wir den Antrag auf eine IV-Rente aus.

Intervention: Unterstützung, wieder finanzielle Sicherheit zu erlangen. Aber auch ruhige, klare, sichere Beziehung.

Im **dritten Gespräch** erscheint Frau E. allerdings wieder in sich gekehrt. Sie antwortet vorwiegend mit „ich weiss nicht“ oder gar nicht.

Intervention: Mehr aus Hilflosigkeit heraus beginne ich erneut Geschichten zu erzählen. Ich erzähle von schwierigen Lebenssituationen und was dies bei Menschen bewirken kann (erste Psychoedukation „kritische Lebensereignisse und ihre Folgen“).

Frau E. entspannt sich sichtlich, spricht allerdings immer noch nicht viel. Sie will in zwei Wochen wieder kommen, was ich als gutes Zeichen interpretiere.

Ich setze die Arbeit mit Metaphern und die Psychoedukation in **Gespräch 4** fort. Frau E. erzählt gegen Ende des Gespräches von Arousalen, Panikattacken, meist in der Nacht, die sie zutiefst verunsichern.

Intervention: Wir üben gemeinsam Copingstrategien (sitzen in der Ecke, Atemtechniken) und ich nehme ihr Sprachnachrichten auf, die sie in der Situation hören kann. Meine Stimme ist es denn auch, die sie zu Hause durch viele schwierige Momente begleitet. Inzwischen habe ich ihr unzählige solcher Sprachnachrichten (meist frei erzählte Imaginationsreisen) geschickt. Und immer noch, bittet sie mich ab und zu um eine neue Sprachnachricht.

Reddemann (2015) schreibt: „Unsere Fähigkeit zu imaginieren, ist das Hilfsmittel, das uns in Kontakt bringt mit dem Heilsamen in uns“ (S. 16). Frau E. betont im Laufe des Prozesses mehrmals, wie gut ihr dieses „innere Reisen“ tut.

Gespräch 5. Frau E. ist voller Aggressivität und Wut und sie agiert dies verbal auch aus.

→ Aggressionen sind oft von Gefühlen der Angst und Hilflosigkeit unterlagert. Dies lässt sich jedoch zum jetzigen Zeitpunkt vermutlich noch nicht konstruktiv bearbeiten. Im Gegenteil. Es würde die – vermutete – innere Unsicherheit eher verstärken. Mir scheint vielmehr, dass es noch einmal deutlich „safe space“ benötigt.

Intervention: Und so begeben wir uns auf Meta und beginne zu Imaginieren. Dabei lasse ich eine ganze Wutgeschichte entstehen. Wut auf die Gesellschaft, die Menschen, die Ungerechtigkeit, den Körper, Wut auf sich selbst. Plötzlich sagt Frau E.: „sie hat es eben verdient“.

→ Autoaggression lässt sich bei komplextraumatisierten Menschen häufig beobachten und könnte sich mit dem Phänomen der „Täter-Introjektion“ erklären lassen.

Wir sprechen über Selbsthass und Selbstfürsorge. Zwei Schwerpunkte, die sich die nächsten Gespräche weiterziehen. Ich gebe Frau E. immer wieder kleine Hausaufgaben mit auf den Weg: einmal pro Woche warm für sich selbst kochen, einmal den Tisch schön decken, eine Kerze für sich kaufen und abends anzünden etc. Manchmal setzt sie sie um, manchmal auch nicht.

Intervention: Wir thematisieren Selbstfürsorge nun Gespräch für Gespräch und mit den Wochen fängt Frau E. wieder an, für sich selbst zu kochen. Sie beginnt erst zögerlich, ab und zu ihre Wohnung zu verlassen und im nahegelegenen Wald zu laufen. Dabei spürt sie jedoch wie ihr die Natur gut tut. Und so beginnt sie mehr und mehr zu laufen. Weitet aus in Joggen und Biken. Beides hat sie bis heute beibehalten.

Intervention Edukation: Drei Monate nach unserem ersten Kontakt nimmt Frau E. an einem der zweitägigen Patientenseminare, die ich an verschiedenen Kliniken in der Schweiz leite, teil. Sie ist total blockiert. So sehr, dass sie bei der Vorstellungsrunde nicht einmal ihren Namen sagen kann und dann auch die ganzen beiden Tage

schweigt. In den folgenden Beratungssitzungen verweigert sie jedes Sprechen über die Niereninsuffizienz und allfällige Nierenersatzverfahren. Wir reden viele Gespräche lang über das Leben und das Sterben. 6 Monate später möchte sie erneut an einem Patientenseminar dabei sein. Diesmal ist sie aktiv dabei und entscheidet sich anschliessend, sich für die Doppeltransplantation (Niere und Pankreas) aufnehmen zu lassen. Ihre Nierenfunktion ist so stabil, dass sie gute Chancen hat, noch ohne Nierenersatzverfahren transplantiert zu werden.

Gespräch 6. Frau E. erzählt von Schlaflosigkeit. Im weiteren Gespräch zeigt sie Zeichen einer möglichen Depression (Monotonie, mangelnde „emotionale Schwingungsfähigkeit“ usw.) und spricht zum ersten Mal über Selbsttötung. „Wenn eine Brücke hier wäre, würde ich grad runterstürzen. Hat eh alles keinen Sinn mehr“. Und ein paar Sätze später: „aber als Diabetikerin habe ich ja eine viel einfachere Variante, ich spritze mir einfach eine Überdosis Insulin“

Intervention: Ich melde sie beim klinikinternen Psychosomatiker an. Dieser stuft Frau E. als „nicht suizidal“ ein. Er diagnostiziert jedoch eine Anpassungsstörung und eine mittelschwere Depression und beginnt eine Therapie mit Seroquel. Ein Medikament, das ihr die nächsten 6 Monate wahrnehmbar innerlichen Boden gibt. Gleichzeitig lasse ich die nächsten Gespräche Psychoedukation zum Thema „Depression und was kann unterstützen“ einfließen

Am Schluss von **Gespräch 8** bleibt Frau E. sitzen und meint: „es ist schön hier bei Ihnen. Am liebsten würde ich noch etwas bleiben“.

Nach **Gespräch 10** erhalte ich eine SMS von Frau E.: „Frau Edelmann, Sie sind der einzige Mensch, dem ich vertraue“.

Nach **Gespräch 12** schreibt sie: „Die Gespräche bei Ihnen sind das einzige, was mir wirklich gut tut im Moment. Zu wissen, dass ich immer wieder kommen darf“.

→ *es scheint mir gelungen zu sein, ein sicherer Ort für Frau E. zu sein.*

Gespräch 15. Ich nehme Traumafolgestörungen wahr; Borderline-Persönlichkeitsstörungs-Tendenz, Probleme mit Nähe/Distanz, Selbstverurteilung mit Tendenz zu Selbstverletzungen, Sehnsucht nach dem Tod, Autoaggression, jede Menge Kontaktabbrüche. Sie erzählt, dass sie ihr Ex-Mann bedränge, sie mitten in der Nacht anrufe, immer wieder. Er würde plötzlich vor ihrer Haustüre stehen und auf verschiedene Arten Kontakt suchen, den sie jedoch explizit nicht wolle. Sie könne sich jedoch nicht wehren.

Intervention: Erneut betreibe ich Psychoedukation und arbeite dann während mehreren Gesprächen am Thema; Grenzen wahrnehmen und Grenzen stecken. Ich erkläre den Unterschied zwischen Aggression und innerer Klarheit und wir durchlaufen verschiedene Körperübungen und Rollenspiele.

Als mir Frau E. ein halbes Jahr später nach 6 Monaten erfolglosen Bewerbungsbemühungen in die Augen schaut und auf mein „ermutigendes Drängen dran zu bleiben“ ruhig, klar und deutlich „nein“ sagt, weiss ich, wir haben gut gearbeitet im Thema „Grenzen ziehen“.

Gespräch 17. Wir arbeiten am Thema „Grenzen“. Ich ziehe auf dem Beratungstisch zwischen Frau E. und mir eine Grenze. Danach fahre ich mit meiner Hand langsam an die Grenze heran und fordere Frau E. auf, „stop“ zu sagen, wenn ich an der Grenze bin. Die Übung will allerdings nicht so recht gelingen; immer wieder lässt sie mich über die Grenze fahren. Plötzlich sagt sie: „Frau Edelmann, ich verstehe, was sie mit dieser Übung wollen. Doch für mich ist das Ganze komisch. Ich kann das nicht. Ich brauche keine Grenzen bei Ihnen. Verstehen sie, was ich meine“?

→ *ganz offensichtlich ist es gelungen, eine sichere und tragfähige Arbeitsbeziehung aufzubauen und durch alle Schwierigkeiten hindurch auch zu halten.*

Gespräch 20. Wir beginnen, Bewerbungen zu schreiben. Immer 2 - 3 pro Beratungssitzung. Frau E. erhält allerdings lauter Absagen und ein halbes Jahr und unzählige verschickte Bewerbungen später gibt sie frustriert auf. Sie erklärt mir, dass sie in ihrem ganzen Leben keine einzige Bewerbung mehr schreiben werde. 4 Monate nach ihrem Aufgeben fällt mir eine Teilzeit-Arbeitsstelle in einer Treuhandfirma buchstäblich vor die Füße. Frau E. kann sich vorstellen, erhält die Stelle und arbeitet nun fünf halbe Tage pro Woche in dieser Firma. Sie fühlt sich sehr wohl dort und ich höre sie zum ersten Mal sagen: „jetzt ist mein Leben wieder schön“.

Gespräch 30. Frau E. benötigt eine Corangiographie (Herzkatheter-Untersuchung für den sie zwei Tage stationär in die Klinik kommen muss). Sie weigert sich und erklärt: „die Ärzte tun mit dir, was sie wollen, du bist Ihnen völlig ausgeliefert, ich will dies nie mehr erleben“.

Intervention: Wir üben die Arzt-Gespräche im Vorfeld. Ich lasse sie bewusst einige eigene Bedürfnisse formulieren. Danach bin ich bei den eigentlichen Arzt-Vorbereitungsgesprächen dabei. Der Arzt nimmt Frau E. sehr ernst und geht auf sie und ihre Bedürfnisse ein. Frau E. erlebt dabei das erste Mal seit sehr, sehr langer Zeit, dass sie bewusst Einfluss nehmen kann auf eine Situation.

Die Corangiographie führt allerdings zu einer Re-Traumatisierung und Frau E. ruft mich am Abend nach der Untersuchung auf meinem Notfall-Handy an. Sie wird von Panikgefühlen überflutet und kann sich nicht stabilisieren.

Intervention: Ich leite sie mit meiner Stimme und mittels Atemübung durch die Panikattacke hindurch. Und so belastend diese Situation auch war, für Frau E. wird sie zu einem weiteren Schlüsselerlebnis bezüglich Handlungsfähigkeit.

Intervention: Ich schenke Frau E. ein Buch über Hochsensibilität. Dieses Buch spricht sie sehr an und sie taucht ein in die Thematik. Wir sprechen immer wieder über ihre Stärken, ihr Potenzial. Dabei bearbeiten wir auch ihre Biographie mit dem Wissen der Hochsensibilität und den psychischen Traumatisierungen. Dadurch geschieht noch einmal ein grosses inneres Stück Stärkung.

Gespräch 50. Ich bin bereits mitten am Schreiben dieser Arbeit und erhalte eine SMS von Frau E.: „Frau Edelmann, ich habe mir das noch einmal überlegt mit der Arbeit. Ich habe ein ungutes Gefühl“.

Intervention: Wir machen einen Notfalltermin für ein Gespräch aus.

Und es zeigt sich, dass nun ganz vieles angetriggert wird. Frau E. hat den Eindruck, dass sie die anderen Mitarbeitenden weniger mögen. Sie würden hinter ihrem Rücken über sie sprechen. Es ist „nur“ ein Gefühl. Objektiv sind eigentlich alle nett und freundlich. Trotzdem entwickelt Frau E. zunehmend die Überzeugung, dass die anderen denken, sie könne weniger gut arbeiten. Alte, vertraute Gefühle des wertlos seins tauchen wieder auf. Aber auch Gefühle der Hilflosigkeit. Ausgeliefert sein. Opfer sein. Der Drang abzuhauen wird immer grösser.

→ *In meiner Wahrnehmung erlebt Frau E. einen Schub „Folgestörungs-Gefühle“. Doch Frau E. fällt es schwer, dies so zu sehen. Sie steckt assoziiert drin. „Fühlt die Wahrheit“.*

Intervention: Ich entscheide mich für den „Narrativen Beratungsansatz“. Wir lassen die Geschichte auf einer Bühne spielen (mittels Playmobil-Figuren auf dem Tisch) und arbeiten dann einige Gespräche lang damit. Wir spielen, wie sich Menschen verhalten, die sich nicht mögen usw. Es lässt sich jedoch keine wirklich stimmige „so ist es schön Geschichte“ erarbeiten. Am wohlsten ist Frau E. mit einer bestimmten Mitarbeiterin, der sie vertraut oder wenn sie alleine arbeiten kann.

Gespräch 53. Nach wie vor ist die Arbeitssituation ein Thema. Frau E. „macht einfach“ und „lässt mit sich machen“. Alte Muster, die sich automatisiert haben und die die alten Überzeugungen, ausgeliefert zu sein, keine Handlungsmöglichkeiten zu haben noch einmal aufleben lassen.

Intervention: Wir arbeiten mit Selbstwahrnehmungsübungen und Rollenspielen.

Gespräch 57. Ich erhalte eine SMS von Frau E.: „Frau Edelmann, ich war so wütend, da habe ich einfach alles gesagt, was ich gedacht habe und sie (die Mitarbeitenden der Treuhandfirma – Anmerkung der Autorin) haben zugehört, mich ernst genommen“.

7. Interventionen

- Geschichten/Imaginationsreisen scheinen wichtige Helfer zu sein. Sie dienen einerseits der Externalisierung, der Entflechtung vom Ich. Andererseits sind sie auch äusserst wirksame Copingstrategien zur Selbstberuhigung in Situationen von innerer Erregtheit/Arousals.
- Wichtige Lebenskompetenzen müssen manchmal neu gelernt werden: Problemlösefertigkeiten, Eigenaktivität und persönliche Verantwortungsübernahme, Selbstwirksamkeit, Stärkung des Selbstwertgefühls, Förderung von sozialen Kompetenzen und Stärken von sozialen Beziehungen, Förderung von effektiven Stressbewältigungsstrategien

(Beckrath-Wilking, Biberacher, Dittmar, Wolf-Schmid, 2013, S. 158). Und dies in kleinen Schritten, mit viel Geduld und über einen längeren Zeitraum.

- Das Erzeugen von Wirklichkeiten geschieht im gemeinsamen beraterischen Prozess. Wahrnehmungen und Definitionen der Ratsuchenden verändern sich im Laufe der Lösungsorientierten Gespräche (Berkling, 2010, S. 32)
→ Eine konstruktivistische Grundhaltung der beratenden Fachperson unterstützt den Beratungsprozess.
- Psychoedukation ist die sachliche Vermittlung von Informationen zu psychischen Phänomenen und Prozessen in unterschiedlichen Zusammenhängen (Zurek, Schedlich, Behring, 2008, S. 6). Sie unterstützt Betroffene und deren Angehörige, zu verstehen welche Auswirkungen ihr Krankheitsbild mit sich bringt. Dieses Wissen normalisiert psychische Phänomene, gibt Sicherheit und hilft bei Krankheitsverarbeitung und Krankheitsbewältigung. Psychoedukation eignet sich ausserordentlich gut als Unterstützungsmöglichkeit für Menschen in einer Resignation.
- Es geht um Stabilisierung im Alltag, sozial, körperlich, psychisch. Ganz wesentlich gehört dazu Sicherheit – auf allen Ebenen: in der beratenden Beziehung, innerlich, äusserlich. (Beckrath-Wilking, Biberacher, Dittmar, Wolf-Schmid, 2013, S. 168) → Eine sichere Bindung und die Erarbeitung gesunder Beziehungsmuster scheinen wichtige Schlüssel zu sein.
- Oft werden ärztliche Versorgung und Untersuchungen aus extremer Angst vor Auslieferung abgelehnt. Hier sind begleitende, unterstützende und vorbereitende Massnahmen nötig (Beckrath-Wilking, Biberacher, Dittmar, Wolf-Schmid, 2013, S. 170)
- Ermutigung und Begleitung zu körperlicher Bewegung und somit Verankern guter Körperempfindungen als Ressourcen (Beckrath-Wilking, Biberacher, Dittmar, Wolf-Schmid, 2013, S. 170)
- Mehrere Interventionen aus dem Ansatz der lösungsorientierten Therapie lassen sich sehr gut für eine erfolgreiche Prozessberatung von resignierten Menschen nutzen:
 - Würdigung von Stärken, Fokussierung auf das, was bereits gut läuft
 - Relativierung von Normen (z.B. die Chronobiologie bezeichnet eine Schlafdauer von 5 – 10 Stunden als normal)
 - Reframing/Umdeuten (z.B. Zurückhaltung kann auch bedeuten, dass sie achtsam mit sich selbst und ihren Gefühlen umgehen)
 - Skalierung (z.B. auf einer Skala zwischen 0 und 10; wie stark ist ihre Angst? Und – was könnte unterstützen, damit sich ihre Angst von 5 auf 4.5 reduziert?)
 - Zirkuläre Fragen (z.B. woran würde ihr Hund erkennen, dass ihre Lebensfreude bei 5 ist?)
- Menschen, die unter Traumafolgestörungen leiden, profitieren von Achtsamkeit, Selbstfürsorge, Verstärkung der eigenen Grenzen, Abgrenzung, sich Raum schaffen (Beckrath-Wilking, Biberacher, Dittmar, Wolf-Schmid, 2013, S. 205)

- Die Fähigkeit, Grenzen wahrzunehmen und bei Bedarf auch ziehen zu können, scheint wichtig zu sein.
- Minimalste Hinweise erkennen und auf sie reagieren zu lernen, ist eines der mächtigsten therapeutischen Werkzeuge, die es gibt (Mills, Crowley, 1998, S. 116)
 - Die beratende Person verhält sich in Kenntnis der unterschiedlichen Bindungsmuster flexibel im Hinblick auf den Umgang mit Nähe und Distanz in der realen Interaktion mit dem Patienten sowie im Hinblick auf die Gestaltung des Settings (Brisch, 2009, S. 122)
 - Der Weg aus der Resignation heraus bedarf einer langfristigen Anbindung.

8. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

8.1 Zusammenfassung

Wie gestaltet sich psychosoziale Beratung von resignierten Menschen idealerweise, um möglichst erfolgreich zurück ins Leben zu begleiten?

Folgende Erkenntnisse lassen sich formulieren.

- Psychosoziale Beratung muss sich darauf konzentrieren, jederzeit „dreifach sicher“ (sichere Beraterin, sicherer Ort, sichere Beziehung) zu sein. Auch und gerade dann, wenn der Klient Aggressionen ausagiert oder anderes destruktives Beziehungsverhalten zeigt.
- Sie profitiert vom Einsatz der Interventionsmöglichkeit „Psycho-Eduktion“, von einer konstruktivistischen Grundhaltung der beratenden Fachperson und der Arbeit mit Geschichten und Imaginationen.
- Es ist eine tragfähige Arbeitsbeziehung und eine langfristige Anbindung anzustreben.
- Der Fokus der Arbeit liegt auf der Ermächtigung des Klienten, wieder Kontrolle über das eigene Leben zu erlangen.

8.2 Schlussfolgerungen

Die Arbeit mit resignierten Menschen ist schwierig. Und es ist der langfristigen Gesundheit einer beratenden Fachperson sicherlich förderlich, wenn sie auch andere Klienten betreut. Gleichzeitig ist sie jedoch auch eine unglaublich schöne und bereichernde Arbeit. Es ist ein Weg der kleinen, ja manchmal kleinsten Schritte. Ich habe durch das Schreiben dieser Arbeit enorm viel gelernt. Ich habe den Zusammenhang zwischen Resignation und Traumafolge-Störungen verstanden. Und mir wurde die Wichtigkeit einer sicheren Bindung zwischen beratender Fachperson und Klient bewusst. Ich habe zudem erkannt, dass Frau E. nicht nur den Bezug zum Leben, sondern insbesondere auch zu sich selbst verloren hat. Diesen Bezug wieder

herzustellen, teilweise mit mir als wohlwollendem Spiegel, empfand ich als einen ganz wichtigen Schritt während des Beratungsprozesses.

Ich erlebe mich nach Abschluss der Arbeit noch besser gerüstet für

Prozessberatungen mit resignierten Menschen und verfüge nun nicht nur über mehr Wissen, sondern auch über zusätzliche Interventionsmöglichkeiten.

Die vorliegende Arbeit hat mir zudem bestätigt, was ich geahnt habe:

Auch bei langjährigem chronifizierten Zustandsbild lässt sich wieder herausfinden aus einem Resignations-Syndrom. Eine Erkenntnis, die mich motiviert für meine weitere Arbeit.

9. Literaturverzeichnis

Beckrath-Wilking, U., Biberacher, M., Dittmar, V., Wolf-Schmid, R., (2013).

Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik, Paddeborn: Jungfermann

Berkling, H., (2010). *Lösungsorientierte Beratung*, Stuttgart: Kohlhammer

Brisch, K., (2009). *Bindungsstörungen – von der Bindungstheorie zur Therapie*, Stuttgart: Klett-Cotta

De Shazer, S., (2015). *Der Dreh: überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*, Heidelberg: Carl Auer

Kuntz, H., (2013). *Imaginationen – Heilsame Bilder als Methode der therapeutischen Kunst*, Stuttgart: Klett-Cotta

Mills, J., Crowley, R., (1998). *Therapeutische Metaphern für Kinder und das Kind in uns*, Heidelberg: Carl Auer

Oezkan, I., Sachsse, U., Streeck-Fischer, A., (2012). *Zeit heilt nicht alle Wunden – Kompendium zur Psychotraumatologie*, Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht

Pörksen, B.,(2014). *Konstruktivismus: Medienethische Konsequenzen einer Theorie-Perspektive*, Wiesbaden: Springer

Reddemann, L., (2015). *Imagination als heilsame Kraft*, München: Klett-Cotta

Reiners-Kröncke, W., Dette, M., Haas, I. (2013). *Trauma und Traumabewältigung*, Augsburg: Ziel

Zurek, G., Schedlich, C., Bering, R. (2008a). *Manual zur Traumabasierten Psychoedukation für Betroffene von Katastrophen – Heft I* – Köln: Eutopa

10. Quellenverzeichnis

ICD-10 – digitale Version – abgerufen Okt. 16:

<http://www.icd-code.de/icd/code/F43.1.html>

P.S. Dies ist eine 2017 von mir verfasste Arbeit, die ich im Rahmen meines Studiums an der Fachhochschule in St.Gallen geschrieben habe. Sie zeigt meiner Meinung sehr schön auf, dass Gesundheit mehrere Parameter beinhaltet und es nicht genügt, alleine auf den physischen zu fokussieren.

Susanne Edelman