Evangelische Hochschule Nürnberg

Soziale Arbeit

Bachelor-Thesis
zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Arts

Ist da jemand?
Gestalttherapeutische Hilfe bei Suizidalität in der Sozialen Arbeit.

Marit Dürr

Erstgutachterin: Hanna Moritzen M.Edu., Dipl.-Soz.päd. (FH)

Zweitgutachter: Prof. Dr. phil. Dennis John

Abgabetermin: 14.01.2022

Abstract:

Diese Arbeit setzt sich mit dem Umgang von Suizidalität in der Sozialen Arbeit auseinander. Dafür wird die Gestalttherapie als passende Methode anhand einer qualitativen Einzelfallanalyse geprüft. Die Forschungsfrage dabei lautet: Wie kann die Suizidalität mit gestalttherapeutischen Mitteln in der Sozialen Arbeit bearbeitet werden?
Zunächst findet eine theoretische Bearbeitung von psychosozialen Krisen am Beispiel der Suizidalität statt. Anschließend werden Ziele formuliert, wie Suizidalität in der Sozialen Arbeit bewältigt werden kann.
Darauf folgt eine Einführung in die Gestalttherapie.
Die drei genannten Themen werden danach durch ein leitfadengestütztes, narratives Experteninterview auf ihre praktische Umsetzbarkeit geprüft. Dafür wird eine Sozialarbeiterin befragt, die eine Weiterbildung zur Gestalttherapeutin hat und mit psychisch Erkrankten zusammenarbeitet. Die gewonnenen Ergebnisse werden mit der theoretischen Ausarbeitung verknüpft und reflektiert. Abschließend wird ein Ausblick formuliert.
Das Ziel dieser Arbeit ist die Überprüfung der Anwendbarkeit der Gestalttherapie in der Sozialen Arbeit bezogen auf die Suizidalität.

Schlüsselwörter: Suizidalität – psychosoziale Krise – Soziale Arbeit – sozialarbeiterisches Handeln – Gestalttherapie

GLIEDERUNG

1. EINLEITUNG 1

2. PSYCHOSOZIALE KRISEN AM BEISPIEL DER SUIZIDALITÄT 3

2.1. PSYCHOSOZIALE KRISE 3
2.2. SUIZIDALITÄT 4
2.3. AKTUELLE ENTWICKLUNG DER SUIZIDE 5
2.4. SUIZIDGEDANKEN 6
2.5. MODELLE ZUR SUIZIDENTWICKLUNG 6
2.6. RISIKO- UND SCHUTZFAKTOREN 8
2.7. SUIZIDVERSUCH 9
2.8. SUIZID 10
2.9. RECHTLICHE ASPEKTE 11

3. ZIELSETZUNG DES SOZIALARBEITERISCHEN UMGANGS IN BEZUG AUF SUIZIDALITÄT 13

4. EINFÜHRUNG IN DIE GESTALTTHERAPIE 16

4.1. GESTALTTHERAPEUTISCHES ARBEITEN 16
4.2. GESTALTTHERAPEUTISCHE BEGRIFFE: GESTALT UND FELD 17
4.3. ABLÄUFE UND ROLLEN IN DER GESTALTTHERAPIE 19
4.4. KRISEN IN DER GESTALTTHERAPIE 20
4.5. METHODEN DER GESTALTTHERAPIE 21

5. VERKNÜPFUNG VON SOZIALER ARBEIT, GESTALTTHERAPIE UND SUIZIDALITÄT 24

5.1. DURCHFÜHRUNG EINES QUALITATIVEN INTERVIEWS 24
5.2. SOZIALE ARBEIT, GESTALTTHERAPIE UND SUIZIDALITÄT 34

6. REFLEXION 42

7. AUSBLICK 44

8. LITERATURVERZEICHNIS 45

9. ANHANG 53

9.1. INTERVIEWLEITFADEN 53

9.2. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR TEILNAHME AN DER BEFRAGUNG 54

9.3. GEGLÄTTETE TRANSKRIPTION DES INTERVIEWS 55

9.4. TRANSKRIPTIONSREGELN FÜR NICHT GEGLÄTTETE TRANSKRIPTION 75

9.5. AUSWERTUNG: PARAPHRASE 76

9.6. AUSWERTUNG: KATEGORIEN 97

9.7. EIDESSTAATLICHE ERKLÄRUNG 100

1. EINLEITUNG

Der Titel “Ist da jemand?” ist angelehnt an das gleichnamige Lied von Adel Tawil (Rebscher et. al. 2017). Dabei bezieht es sich nicht direkt auf Suizidalität, sondern eher auf Einsamkeit, Überforderung und den Wunsch nach Gemeinschaft.
Im Refrain heißt es:

> „Ist da jemand, der mein Herz versteht? Und der mit mir bis ans Ende geht? Ist da jemand, der noch an mich glaubt? Ist da jemand? Ist da jemand? Der mir den Schatten von der Seele nimmt? Und mich sicher nach Hause bringt? Ist da jemand, der mich wirklich braucht? Ist da jemand? Ist da jemand?“ (ebd.)

Leider werden diese Fragen nicht allzu oft laut formuliert oder von der Umwelt wahrgenommen.
Eine Anleiterin aus einem Praktikum hat einmal die Vermutung geäußert: „Menschen nehmen sich möglicherweise das Leben, weil sie sich nicht adäquat ausdrücken können. Durch das Fehlen dieser Kompetenz fällt es schwer, sich zugehörig zu fühlen.”

Jeder versucht auf seine/ihre Weise mit dem Leben und den damit einhergehenden Herausforderungen umzugehen.
Es gelingt jedoch im Alltag nicht immer, empathisch und mitfühlend zu sein, weil man mit den eigenen Herausforderungen beschäftigt ist und versucht, mit diesen zurecht zu kommen.
Jedoch scheint es für manche schwerer als für andere zu sein und die individuellen Problemlösungsansätze können sich massiv unterscheiden: Manch einer flüchtet sich in die Sucht, andere ignorieren ihre Schwierigkeiten und wieder andere nehmen sich das Leben.
Was diese Aspekte eint, ist vermutlich die Vorstellung von einer Erleichterung der aktuellen Lebensumstände. Da diese Vorstellung höchst individuell ist, kann in dieser Arbeit keine Antwort darauf gegeben werden. Was aber geleistet werden kann, ist eine Unterstützung in Richtung Selbsthilfe.

Aber wie kann eine Fachkraft[1] damit umgehen, wenn man eine Person vor sich sitzen hat, die sein/ihr Leben nicht mehr für Lebenswert befindet?
An dieser Stelle wird auf die Gestalttherapie zurückgegriffen, die ich im Rahmen des Studiums kennengelernt habe.
Mich haben das Menschenbild und die Herangehensweise sehr fasziniert. Die Soziale

[1] In dieser Arbeit werden Fachkraft, Sozial Arbeiter/in, Therapeut/in und Berater/in synonym verwendet.

Arbeit und die Gestalttherapie lassen sich augenscheinlich gut zusammenführen: Das Beziehungsangebot und das *sich-auf-den-anderen-einlassen* in der Gestalttherapie könnten eine Antwort auf das wahrgenommene Gefühl der Einsamkeit einer suizidgefährdeten Person sein und die Sozialarbeitenden in ihren Interventionen unterstützen.

Ob und inwieweit die beiden Themen tatsächlich harmonieren und in der Sozialen Arbeit umgesetzt werden können, soll in dieser Arbeit erörtert werden. Dabei folgt es dem Aufbau des sogenannten *Sechs-Schritts* von Spiegel (2018). In der Einleitung findet sich die Problemanalyse. Nachfolgend findet eine Situationsanalyse statt, in welcher am Beispiel der Suizidalität auf die psychosoziale Krise eingegangen wird. Es werden die verwendeten Begriffe bestimmt, sowie die Einflüsse und Modelle zur Entwicklung von Suiziden skizziert. Dies wird mit der Sozialen Arbeit in Verbindung gesetzt. Dabei wird die Zielsetzung im Umgang mit Suizidalität in der Sozialen Arbeit beleuchtet. Anschließend wird die Methode der Gestalttherapie in groben Zügen vorgestellt. Darauf folgt die Durchführung, in der die Suizidalität, die Soziale Arbeit und die Gestalttherapie verknüpft werden. Zunächst wird auf die Handlungsfelder Soziale Arbeit und Gestalttherapie eingegangen und auf die Zielsetzung im Umgang mit Suizidalität bezogen.
Abschließend findet eine Reflexion dessen statt und es wird ein Ausblick formuliert.

2. Psychosoziale Krisen am Beispiel der Suizidalität

Suizidalität betrifft „grundsätzlich alle[] Menschen“ (Wolfersdorf 2008, S. 1321). Jedoch wird dabei das selbstschädigende Verhalten von den Gedanken über einen Suizid hin zudem Versuch sich das Leben zunehmen unterschieden. Was genau unterscheidet also eine psychosoziale Krise von Suizidalität, beziehungsweise wie hängt das Eine mit dem Anderen zusammen? Bei solchen Fragen muss immer der Einzelfall betrachtet werden. Dies wird im Folgenden beleuchtet.

2.1. Psychosoziale Krise

Psychosoziale Krisen sind außergewöhnliche, instabile (Smoliner, S. 1), „extreme seelische und körperliche Zustände“ (Linden und Wiese 2009, S. 23), die „zeitlich begrenzt“ (Gerngroß 2014, S. 26) sind, in denen es nicht mehr möglich ist auf die vorhandene Problemlösungsfähigkeit zurückzugreifen (ebd.), was zum Zusammenbruch eines Systems[2] führen kann (Smoliner, S. 1). Trotzdem handelt es sich bei einer Krise um keine Erkrankung, sondern diese kann jeden betreffen (Linden und Wiese 2009, S. 23).

Man unterscheidet die „‚[t]raumatische‘ Krise“ (Smoliner, S. 1), die durch plötzlich auftretende Ereignisse ausgelöst wird, von der „Veränderungskrise“ (ebd.). Ein „Krisensystem“ (ebd.) als eine weitere Form der Veränderungskrise erschüttert ein soziales System unabhängig von einem Trauma oder einer Veränderung (ebd.). Eine Krise, die durch natürliche Veränderungen der Lebensbedingungen entsteht, meint, nicht gelungene „Übergänge im normalen Lebenslauf“ (Gerngroß 2014, S. 27), das kann beispielsweise eine Schwangerschaft sein (Smoliner, S. 1). Da die erlernten Strategien zur Bewältigung nicht ausreichen, wird eine Wirkungslosigkeit erlebt. Dadurch werden Spannungen aufgebaut, die sich z.B. zu einer Erstarrung oder einem Angriff gegen sich oder andere entladen (ebd., S. 2).

Eine traumatische Krise hingegen beginnt mit einem „Schock“ (ebd., S. 3), welcher meist eine „emotionale Reaktion“ (ebd.) erzwingt. Diese Krise kann zu einer Erkrankung, einer Sucht oder einem Suizid führen, beziehungsweise durch eine „Bearbeitung“ (ebd.) überwunden werden.

Um eine „suizidale Krise“ (Linden und Wiese 2009, S. 23) handelt es sich, wenn die

[2] Mit einem System sind z.B. Personen, eine Gruppe oder eine Organisation gemeint (Smoliner, S. 1)

Lebensbewältigung nicht mehr möglich zu sein scheint. Der Suizid wird dann als Lösung des Problems betrachtet (ebd.).

Ausgelöst werden kann eine Krise durch ein „kritisches Ereignis“ (Smoliner, S. 4), z.B. einer Katastrophe, einer Trennung, dem Tod, einer Krankheit oder einem Unfall (Linden und Wiese 2009, S. 23). Dieses ist gekennzeichnet durch ein plötzliches Eintreten und kann nicht durch die erlernte Problemlösefähigkeit bewältigt werden, was zu einer Stresssituation führt (ebd.; Smoliner, S. 4). Ob sich daraus eine Krise entwickelt, ist abhängig von der Persönlichkeit. Demnach steht die Definition einer Krise in Verbindung mit der subjektiv erlebten Not der Betroffenen. (Linden und Wiese 2009, S. 23). Wird eine Person von einem „traumatische[n] Erlebnis“ (Smoliner, S. 4) erschüttert, führt das zu einem Verlust der Sicherheit und schränkt die Handlungsfähigkeit massiv ein. Dadurch wird der „Ausgang ungewiss“ (ebd., S. 1), was zu einer hohen Verunsicherung bezüglich der eigenen Problemlösefähigkeit führt. Damit gehen Gefühle der „Hilflosigkeit, Kontrollverlust, Versagen, […] Angst, Panik“ (Gerngroß 2014, S. 27) und Anspannung (Linden und Wiese 2009, S. 26 f.) einher. Zudem werden erhebliche Überwindungsanstrengungen unternommen, die durch den erlebten Stress zu unüberlegten und schädlichen Handlungen führen können (Gerngroß 2014, S. 27; Smoliner, S. 1).

Folgen einer psychosozialen Krise können physische und psychische Symptome, wie Schlaflosigkeit, Unruhe, Grübeln und „Angstzustände[]“ (Linden und Wiese 2009, S. 23) sein sowie Isolation (Smoliner, S. 2). Es besteht aber auch die Möglichkeit zur Veränderung der Lebenssituation auf positive Weise (ebd., S. 1). Eine Kündigung beispielsweise kann erst einmal das Gefühl von Verlustängsten auslösen, später aber ein hilfreicher Schritt in Richtung einer aufstrebenden Karriere sein.

2.2. SUIZIDALITÄT

Eine einheitliche Definition für Suizidalität ist schwer zu finden, denn unterschiedliche Personen und Professionen betrachten und bewerten diese auf verschiedene Weise. Das Spektrum bewegt sich von der Überlegung bis hin zur „konkrete[n] Planung“ (Gerngroß 2020b, S. 28). Gerngroß sieht jedoch erst das Vorbereiten eines Suizides als einen Versuch an (ebd.), denn viele Menschen haben bereits über einen Suizid nachgedacht (ebd., S. 15). Suizidalität ist allgemein die Absicht, sich selbst das Leben zu nehmen (Hogrefe AG Hg. 2016).

Teismann und Dorrmann (2014, S. 3) sprechen von einem Suizid, wenn eine Person gezielt selbstschädigendes Verhalten vollzieht, das zum Tod führt. Misslingt dies spricht man vom Suizidversuch.

In dieser Arbeit wird nicht vom Suizid als Selbstmord gesprochen, da dieser Begriff unweigerlich eine moralische Bewertung der Tat beinhaltet. Der Mensch soll bewertungsfrei betrachtet werden, daher wird im Folgenden von Suizid oder Selbsttötung gesprochen (Bier und Plöger 2009, S. 40).

2.3. Aktuelle Entwicklung der Suizide[3]

Die Zahl der Selbsttötungen ist in den letzten knapp 30 Jahren kontinuierlich gesunken. Im Jahr 2019 haben sich ca. 9.041 Personen in Deutschland das Leben genommen (Statistisches Bundesamt 2021d). Nichtsdestotrotz ist der Suizid eine deutlich häufigere Todesursache als beispielsweise ein Verkehrsunfall oder Drogenmissbrauch (Statistisches Bundesamt 2021e).

Insgesamt werden mehr Suizide von Männern (ca. 76 %; Statistisches Bundesamt 2019) als von Frauen durchgeführt. Besonders gefährdet scheinen Männer im Alter von 55 bis 60 Jahren zu sein. Wobei die Zahlen ab dem 16. Lebensjahr kontinuierlich steigen, bis zur Spitze von 55 bis 60 Jahren, ab da fällt die Zahl der männlichen Suizide (ebd.). Bei Frauen ist der Höhepunkt im Alter von 50 bis 55 Jahren, jedoch steigen die Suizide ab dem 76. Lebensjahr erneut und fallen anschließend wieder. (ebd.)

Die am häufigsten gewählten Methoden zur Durchführung des Suizids sind das „Erhängen, Strangulieren oder Ersticken“ (Statistisches Bundesamt 2021b), der „Sturz in die Tiefe“ (ebd.) und das Einnehmen von Medikamenten oder ähnlichen Substanzen. Der Suizid durch Medikamente wird eher von Frauen angewandt (Statistisches Bundesamt 2021a). Männer dagegen benutzen häufiger Feuerwaffen (Statistisches Bundesamt 2021c).

In der Telefonseelsorge werden von Betroffenen folgende Anliegen angeführt: „Seelische Empfindungen“ (DBK 08.2016), „familiäre Themen“ (ebd.), „körperliches Empfinden“ (ebd.) und „Einsamkeit und Isolation“ (ebd.).

[3] Die hiergenannten Zahlen dienen der Darstellung der Relevanz des Themas, ohne tiefergehend analysiert zu werden.

Auch wenn ein Rückgang der Suizide erkennbar ist, bleibt es ein relevantes Thema. Gerade wenn ein akuter Fall vorliegt, muss schnell und effektiv gehandelt werden.

2.4. SUIZIDGEDANKEN

Bevor es zu einem Suizid kommt, haben die Betroffenen häufig „Suizidgedanken“ (Gerngroß 2020a, S. 6). Das sind Überlegungen, die sich mit der Selbsttötung beschäftigen.
Differenzieren kann man die Absicht, die Häufigkeit und den Handlungsdruck suizidaler Gedanken (Gerngroß 2020a, S. 6).

2.5. MODELLE ZUR SUIZIDENTWICKLUNG

Dem Leben ein Ende zu setzen ist ein Prozess, der sich in Gedanken, im Erleben und Handeln einer Person verfestigt.
Grundsätzlich ist das Ziel eine „‚Entlastung‘“[4] (Gerngroß 2020b, S. 14) von einer Krise. Wie die Entwicklung eines Suizids abläuft, wird anhand von in der Literatur häufig zitierten Modellen erklärt. Durch die Vielzahl an Überlegungen und Forschungen zu diesem Thema werden diese lediglich grob dargestellt, damit ein Einblick ermöglicht wird.
Diese Modelle können außerdem bei der Einschätzung von Suizidalität helfen.

Das sogenannte *komplexe Entwicklungsmodell* beginnt mit den „psychobiosozialen[n] Ausgangsbedingungen“ (Wolfersdorf 2008, S. 1326), welche eine Wirkung auf biografische Erlebnisse haben. Anschließend werden zwei Entwicklungsrichtungen unterschieden: Der Verlauf mit einer psychischen Erkrankung, die die Suizidalität fördert, und der Verlauf ohne solche. Dabei hat der Umgang mit Schwierigkeiten einen Einfluss auf die Entwicklung von Suizidgedanken. Bei „‚psychisch [Gesunden]‘“ (ebd.) kann ein Auslöser eine als stressig erlebte Situation sein oder eine Kränkung der eigenen Person. Für Menschen mit psychischer Erkrankung ist kein Auslöser näher definiert. In beiden Fällen hat das Erleben von Unfreiheit einen Einfluss. Daraus entwickelt sich eine akute oder eine anhaltende Suizidalität.

Ringel beschreibt in seinem Modell, das „‚*präsuizidale Syndrom*‘“ (Wolfersdorf 2008, S. 1327; Hervorhebung durch die Verf.). Dabei wird ein Prozess durchlaufen, der von der erlebten Unfreiheit über den Mangel einer „Aggressionsabfuhr“ (ebd., S. 1325) hin

[4] Entlastung meint hier, den einzigen Ausweg im Suizid zu sehen.

zur „Suizidphantasien [sic!]“ (ebd.) führt. Diese Fantasie kann bewusst oder unbewusst erlebt werden.
Die Betroffenen glauben, das Leben nicht mehr bewältigen zu können, auch nicht mit Hilfe. Darüber entstehen Verzweiflung und Isolation. Die Frustration über die Ausweglosigkeit, welche „gehemmt […] oder gegen die eigene Person gerichtet“ (Linden und Wiese 2009, S. 25) wird, kann nicht ausgedrückt werden. Davon wünscht sich das Individuum eine Erlösung und entwickelt „zwingende Suizidfantasien“ (ebd., S. 25).

Die „*Stadien und Dynamiken der suizidalen Entwicklung*“ (Wolfersdorf 2008, S. 1326; Hervorhebung durch die Verf.) beschreibt Plödinger in einem weiteren Modell. Dabei werden aus Suizidgedanken Impulse, die eine Handlung vorbereiten. In den ersten beiden Phasen versuchen die Betroffenen, auf sich und ihre Situation aufmerksam zu machen. In der letzten Phase *ergibt* sich die Person ihrer Not (ebd.; Linden und Wiese 2009, S. 26). Die Suizidgedanken entstehen durch eine erheblich erschwerte Lebenssituation und Risikofaktoren (ebd.). Die Entscheidung für einen Suizid ist geprägt von Widersprüchen: Einerseits ist der Wunsch nach dem Tod groß, andererseits steht dem die Angst vor eben diesem gegenüber (ebd.). Die betroffene Person möchte eigentlich in die Situation eingreifen, ist jedoch zeitgleich gehemmt (ebd.).

Henseler und Reimer versuchen in ihrem Modell der „*narzisstischen Krise*“ (Wolfersdorf 2008, S. 1328; Hervorhebung durch die Verf.) die Ausweglosigkeit einer Situation näher zu bestimmen. Sie beschreiben diese als ein Zusammenspiel aus niedrigem Selbstwertgefühl und der damit einhergehenden Angst, die Situation nicht bewältigen zu können, sowie hohen Erwartungen gegenüber der eigenen Person und die Idealisierung der Umwelt oder von sich selbst (Linden und Wiese 2009, S. 25). Diese drei Aspekte bauen sich zu einer für das Individuum unerträglichen Spannung auf, die von „Enttäuschung, Kränkung [und] Verletzung“ (ebd., S. 26) geprägt ist. Dies führt zu der Vorstellung die Umwelt durch eine Selbsttötung zu strafen (ebd.).

Diesen Modellen ist gemeinsam, dass der Prozess durch verschiedene Aspekte ausgelöst werden kann, daraus entwickelt sich eine erlebte Ausweglosigkeit. Dabei wirken Persönlichkeit, Krankheiten und das Umfeld unterstützend oder erschwerend. Gelingt es nicht, die Krise zu bewältigen, kann das zum Suizid führen (Wolfersdorf 2008, S. 1326 ff.).

2.6. RISIKO- UND SCHUTZFAKTOREN

Wie erwähnt, gibt es Faktoren, die einen Suizid eher wahrscheinlich machen als andere. Hierbei handelt es sich aber nicht um monokausale Aspekte, sondern um das Zusammenwirken der sogenannten Risiko- und Schutzfaktoren.

Risikofaktoren sind „anlage-, umwelt- und verhaltensbedingte[] Einflüsse […], die nach empirischen Erkenntnissen die Wahrscheinlichkeit des Auftretens bestimmter Krankheiten wesentlich erhöhen, wobei die Wirkungsmechanismen oft nicht vollständig bekannt sind“ (NE GmbH Brockhaus 2021).
Das können beispielsweise Folgende sein:
Ledig sein, wenig soziale Verantwortung, ein niedriger „sozioökonomische[r] Status und Arbeitslosigkeit“ (Teismann und Dorrmann 2014, S. 10). Ein hohes Alter als Risikofaktor für einen Suizid wird stark durch Einschränkung der Lebensgestaltung aufgrund körperlicher und psychischer Erkrankungen beeinflusst. Auch wird der Tod durch das Sterben von Nahestehenden deutlicher (Linden und Wiese 2009, S. 18). Zudem wirken biografische Gewalt- und Suiziderlebnisse als Risikofaktoren (Gerngroß 2020b, S. 37).
Die Angehörigen, die einen Menschen durch einen Suizid verloren haben, werden in keiner Statistik berücksichtigt. Dieses Erlebnis kann jedoch einen Vorbildcharakter haben (Linden und Wiese 2009, S. 16).
Äußere Umstände, wie eine schwierige wirtschaftliche und politische Lage, das Klima, die Religion, die Wohngegend und öffentliche Meinung bzw. Darstellung von Suiziden wirken sich auf die Entscheidung für einen Suizid aus (ebd., S. 16 ff.).
Der Zugang zu „effektive[n] und bequeme[n] Tötungsmethoden“ (Gerngroß 2020b, S. 16), vereinfacht die Durchführung eines Suizids. Dadurch ist auch die hohe Zahl an Toten durch z.B. Strangulation (Statistisches Bundesamt 2021a) erklärbarer, da diese Mittel relativ einfach zur Hand sind (Linden und Wiese 2009, S. 19).
Der psychisch-physische Gesundheitszustand beeinflusst ebenfalls die Sicht auf das Sterben, vor allem, wenn dies mit Einschränkungen in der Lebensführung einhergeht und zur „Hoffnungslosigkeit“ (Gerngroß 2020b, S. 37) führt.
Damit zusammenhängend sind bestimmte Medikamente risikofördernd (ebd., S. 38; Wolfersdorf 2008, S. 1321). Weitere Risikofaktoren sind negative Emotionen oder Gedanken, wie z.B. „Depressivität, […], eine Last für andere zu sein, perfektionistische[] Einstellungen, geringe[] Problemlösungsfertigkeiten, soziale[] Isolation und Einsamkeit“ (Teismann und Dorrmann 2014, S. 11), sowie das Gefühl, „keine Handlungs- oder Änderungsmöglichkeiten zu haben“ (Gerngroß 2020b, S. 38). Die Impulsivität einer

Person hingegen scheint nicht auslösend zu sein, diese ermöglicht allerdings die Umsetzung (Teismann und Dorrmann 2014, S. 12). Liegt außerdem eine selbstgefährdende Verhaltensweise vor, wie z.B. Alkohol- und Drogenkonsum (Gerngroß 2020b, S. 26 f.), und tritt ein belastendes Ereignis ein, kann das zu einer spontanen Umsetzung eines Suizids führen (ebd.). Grundsätzlich ist die Verarbeitung einer Krise entscheidend, sowie die Ressourcen, die einer Person zur Verfügung stehen, z.B. bestimmte Charaktereigenschaften (Wolfersdorf 2008, S. 1327 f.).

Schutzfaktoren oder protektive Faktoren unterstützen bei der Krisenbewältigung. Die beiden Begriffe werden häufig im Zusammenhang mit dem Begriff Resilienz[5] verwendet. Äußere, gesellschaftliche Schutzfaktoren sind z.B. verbesserte medizinische und psychosoziale Infrastruktur (Linden und Wiese 2009, S. 13). Das Versorgungsnetz wird zunehmend ausgebaut und unterschiedliche Behandlungsweisen miteinander verbunden.
Zudem wird die Aufklärung im gesellschaftlichen, aber auch im fachlichen Kontext verbessert (ebd.). So sind Hausärzte geschult, die Öffentlichkeitsarbeit ist für den Umgang mit Suizid sensibilisiert, über den nun vorsichtiger berichtet wird, und der Zugang zu Tötungsmitteln ist erschwert worden, wie durch die „kleineren Verpackungseinheiten“ (ebd., S. 14) von Medikamenten. Persönliche Schutzfaktoren sind z.B. bestimmte Charaktereigenschaften und Ressourcen, etwa die Familie, unterstützende und stabile Beziehungen und eine „religiöse Gemeinschaft“ (Teismann und Dorrmann 2014, S. 12) sowie verinnerlichte kulturelle Werte.

Die Einordnung in Schutz- oder Risikofaktoren orientiert sich an der Einschätzung der jeweiligen Person, daher ist dies nicht immer trennscharf möglich und muss im Dialog mit dem/der Betroffenen geklärt werden.

2.7. SUIZIDVERSUCH

Die deutlichste Unterscheidung zwischen einem Suizidversuch und einem Suizid ist, dass bei einem Suizidversuch der Tod aus unterschiedlichen Gründen nicht eingetreten ist (Wolfersdorf 2008, S. 1321). Das steht nicht zwangsläufig in Verbindung mit der Intention, sondern kann unter anderem an der gewählten Methode liegen oder an dem

[5] Resilienz ist die „Widerstandsfähigkeit eines Individuums, […] trotz ungünstiger Lebensumstände und kritischer Lebensereignisse“ (Warner 2016a).

Eingriff von Außenstehenden („unterbrochene[n] Suizidversuch[]“; Teismann und Dorrmann 2014, S. 5; Gerngroß 2020b, S. 30). Solche Bedingungen sind beispielsweise mit Gittern gesicherte Brücken, die eine spontane Umsetzung unmöglich machen. Ein weiterer Grund kann sein, dass der Suizid von der durchführenden Person aufgrund von Vorbehalten, z.B. durch Zweifel am Suizid, nicht umgesetzt wird, trotz getroffener Vorbereitungen („abgebrochene[r] Suizidversuch[]“ ebd.).

Gründe für einen Suizidversuch kann er Wunsch sein, der Umwelt die erlebte Not mitzuteilen, wobei der Tod nicht das direkte Ziel ist (Gerngroß 2020b, S. 16). Die suizidgefährdete Person will eher ihren Mitmenschen Hinweise auf ihren Wunsch zu Sterben geben und die Absicht diesen zu erfüllen. Diese werden auf verschiedene Weisen artikuliert, beispielsweise durch Andeutungen, die verdeutlichen, dass das eigene Leben nicht mehr schützenswert ist, dass „Regeln der ‚letzten‘ Dinge“ (ebd., S. 29) oder „Suiziddrohungen“ (ebd.). Dafür widerlegt Gerngroß den Mythos:

> „Ein Suizidversuch ist nur Erpressung. Fakt: […] Er ist vor allem ein Zeichen, wie groß das Anliegen der betroffenen Person ist, ihre Notlage der Umwelt mitzuteilen.“ (ebd., S. 16)

2.8. SUIZID

Zu einem Suizid kann es kommen, wenn die „Lebenssituation als aussichtslos“ (Gerngroß 2020b, S. 30) eingeschätzt wird oder eine psychische Erkrankung vorliegt (ebd.). Die beiden Arten werden jedoch nur formal voneinander abgegrenzt, denn die Hoffnungslosigkeit und die „erlebte Not“ (Wolfersdorf 2008, S. 1321) sind in beiden Fällen ausschlaggebend (ebd.; Gerngroß 2020b, S. 30).
Ein Suizid besteht aus einer tödlichen Selbstverletzung und dem Willen, den eigenen Tod zu erwirken (Teismann und Dorrmann 2014, S. 5).
Nach Eintritt des Todes sind die Gründe für einen Suizid nur schwer rekonstruierbar, vor allem wenn es keine eindeutigen Indizien gibt, dann können lediglich Vermutungen angestellt werden.

Die Entscheidung, das eigene Leben selbst zu beenden, kann von der Bewertung der „eigenen Person“ (Wolfersdorf 2008, S. 1312) abhängen sowie der Meinung von anderen über diese Person. Ein weiterer Einflussfaktor ist das Selbstwirksamkeitsgefühl (Warner 2016b, also die Einschätzung, inwieweit das eigene Leben bewusst gestaltet werden kann. Hält sich eine Person beispielsweise für unfähig ein Problem zu bewältigen und wird dieser das auch von anderen vermittelt, kann das, das Risiko eines Suizids erhöhen (Wolfersdorf 2008, S. 1312).

Ziel eines Suizids kann eine Veränderung der Umstände und das Beenden des persönlichen Leidens sein. Weitere Gründe für eine Selbsttötung können individuell und damit vielfältig sein, trotzdem lassen sie sich grob einsortieren:
Ein Suizid kann aufgrund von Beziehungsproblemen unterschiedlichster Art erfolgen. Hier lassen sich Parallelen zum Suizidversuch erkennen, denn im Endeffekt, geht es darum das Umfeld aufzurütteln und sich dem Leid des/der Betroffenen anzunehmen (Gerngroß 2020b, S. 14, 30).
Beim „‚salvatorische[n]' Suizid" wünscht sich der/die Durchführende eine (kurzzeitige) Befreiung aus krisenhaften Umständen. Es geht in diesem Fall nicht um den Tod, sondern um „Ruhe, Beruhigung [und eine] Pause" (ebd., S. 30).
Weitere Auslöser für einen Suizid können Kränkungen des Selbstwerts und „existenzielle Bedrohungen" (ebd., S. 36, 38) sein oder der/die Betroffene erlebt eine starke Einschränkung in der Lebensgestaltung (ebd.), z.B. durch eine körperliche Behinderung.

Nicht jede Selbsttötung wird nach einer langen Leidensphase verübt, sondern sie kann als eine „plötzliche sehr impulsive Handlung[]" (ebd., S. 39) auftreten. Dabei ist vorrangig die akute psychische Belastung einer Person entscheidend (ebd.).

2.9. Rechtliche Aspekte

Gemäß der Artikel 1 und 2 Abs. 2 GG hat der Mensch ein Recht darauf sein/ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten und auch zu beenden. Wird dieser Wunsch konkret geäußert, ist dabei die Menschenwürde ein Entscheidungskriterium. Dementsprechend ist es nicht verboten, eine Suizidhandlung durchzuführen, die Anstiftung und Beihilfe zur Selbsttötung, sowie unterlassene Hilfeleistung sind nicht strafbar (Gerngroß 2020b, S. 55; Teismann und Dorrmann 2014, S. 81). Da Beihilfe und unterlassene Hilfeleistung beweispflichtig sind, kommt es in den meisten Suizidfällen nicht zu einer Anklage beziehungsweise einer Verurteilung der Unterstützenden (Gerngroß 2020b, S. 55).

Ein Straftatbestand liegt vor, wenn die suizidale Person nicht mehr „freiverantwortlich über sein [/ihr] Handeln entscheiden kann" (Teismann und Dorrmann 2014, S. 81), damit sind z.B. Jugendliche und psychisch Erkrankte gemeint.
Wird Suizid „aufgrund von Zwang und Täuschung" (Gerngroß 2020b, S. 54) durch eine weitere Person begangen liegt eine *mittelbare Täterschaft* (§§ 211 ff. StGB i.V.m. § 25 Abs. 1 S. 1 StGB) vor. Dies ist der Fall, wenn das Opfer nicht mehr „eigenverantwortlich"

(ebd.) handelt. Indikatoren dafür können die Täuschung und die fehlende Erkenntnis des Opfers sein, dass die „Handlung zum Tode führt“ (ebd.).

Von einer *Tötung durch Unterlassen* (§ 222 StGB) spricht man, wenn die suizidierende Person nicht ausdrücklich sagt, dass er/sie sich das Leben nehmen möchte oder diese nicht eigenverantwortlich entscheiden kann. Der Straftatbestand tritt dann ein, wenn in einem medizinischen Notfall, wie das Abschnüren der Luftzufuhr vorliegt und ein/e Beobachtende/r keine lebensrettenden Maßnahmen einleitet. Die Hilfe zum Suizid ist allerdings nicht strafbar. Diese Regelung richtet sich an Personen, die näheren Kontakt zudem Suizidanten/der Suizidantin haben oder eine Verantwortung für diese/n tragen, z.B. medizinisches Personal. (§§ 211 ff. StGB i.V.m. § 13 StGB; Gerngroß 2020b, S. 54 ff.; Teismann und Dorrmann 2014, S. 81)

Unterlassene Hilfeleistung (§ 323 c Abs. 1 StGB) meint, dass in einem Notfall Hilfe geleistet werden muss, wenn diese für den/die Ersthelfende/n zumutbar ist. Mit Notfall oder Unglücksfall ist im juristischen Sinne ein Suizid beziehungsweise ein Suizidversuch gemeint (Gerngroß 2020b, S. 55).

Dadurch, dass Suizidalität als eine psychische Erkrankung gilt, können Zwangshandlungen zum Schutz des Lebens durchgeführt werden (Art. 29 UnterbrG; Gerngroß 2020b, S. 56)

Die Schwierigkeit bei den gesetzlichen Regelung ist das Abwägen zwischen Achtung der Menschenwürde und der damit einhergehenden freien Gestaltung des Lebens auf der einen Seite und dem gesellschaftlichen Auftrag zum Schutz des Lebens auf der anderen Seite (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG). Daher gilt für Fachkräfte eine umfangreiche „Dokumentation sämtlicher Kontakte mit dem suizidalen Patienten [/der suizidalen Patientin]“ (Teismann und Dorrmann 2014, S. 81), um im Falle eines gerichtlichen Verfahrens die angewandten Hilfsangebote offenlegen zu können.

3. Zielsetzung des sozialarbeiterischen Umgangs in Bezug auf Suizidalität

Da es sich bei dieser Arbeit um eine sozialarbeiterische Auseinandersetzung zum Thema Suizidalität handelt, wird zunächst die Soziale Arbeit definiert. Anschließend werden Ziele formuliert, die einen direkten Bezug der Arbeit mit Suizidgefährdeten und der Sozialen Arbeit herstellen.

Der Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. definiert die Soziale Arbeit wie folgt:

> „‚[Diese] fördert als praxisorientierte Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen. Die Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, die Menschenrechte, die gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt bilden die Grundlage der Sozialen Arbeit. Dabei stützt sie sich auf Theorien der Sozialen Arbeit, der Human- und Sozialwissenschaften und auf indigenes Wissen. Soziale Arbeit befähigt und ermutigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens bewältigen und das Wohlergehen verbessern, dabei bindet sie Strukturen ein.'“ (DBSH 2016)

Das Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit ist gekennzeichnet durch die „Allzuständigkeit“ (Galuske 2011, S. 38). Damit ist gemeint, dass es wenig „Spezialisierung“ (ebd.) gibt, weder in den Arbeitsfeldern noch in den jeweiligen Interventionen (ebd.). Gleichzeitig gibt es kein spezifisches Handlungsmonopol, wodurch die Arbeit in einem „multiprofessionellen Kontext[]“ (ebd., S. 41) stattfindet. Die Abgrenzung der Sozialen Arbeit erfolgt häufig durch andere Berufsgruppen, und zwar hauptsächlich bezüglich der jeweiligen Aufgaben.

Da sich das berufliche Handeln mit dem Alltag des Klienten/der Klientin auseinandersetzt, gibt es auch eine Vielzahl an Aufgaben, die zu bewältigen sind. Dazu gehört z.B. die Beziehungsarbeit, die Reflexion und die Hilfe zur Selbsthilfe (ebd., S. 42 ff.). Gerade letzteres macht deutlich, dass es sich um eine Dienstleistung handelt, in der der/die Klient/in einen Einfluss auf den Prozess und das Ergebnis hat (ebd., S. 47 ff.). Dem gegenüber stehen die Anforderungen von staatlicher Seite, die vor allem die Finanzierung betreffen, unter anderem bezüglich der Maßnahme und der Zielerfüllung in der Arbeit mit den Klienten/Klientinnen. Damit einher geht die Offenlegung des Arbeitsprozesses zur Qualitätssicherung (ebd., S. 49 ff.).

> Zielgruppe der Sozialen Arbeit sind nach Franzkowiak und Kuhn (2009) „vorwiegend […] Menschen in prekären Lebenslagen. Ziel jeder sozialarbeiterischen Unterstützung und Intervention ist die Entwicklung und Verbesserung der Handlungsfähigkeit von belasteten und benachteiligten Menschen in ihrer Umwelt sowie die weitest mögliche [sic!], auch strukturelle Beseitigung jener Benachteiligungen. Benachteiligungen sind alle Einschränkungen der

(freien) Lebensgestaltung durch sozialisations- und bildungsbedingte Defizite oder materielle, physische, psychische und/oder sozialstrukturelle und -kulturelle Barrieren.“ (ebd., S. 4)

Zeitgleich trägt die Soziale Arbeit die Verantwortung für die Vertretung gesellschaftlicher Werte (ebd.).

Durch die letztgenannte Definition wird deutlich, dass suizidale Personen eine Zielgruppe der Sozialen Arbeit sind. Denn nur selten ist es ausschließlich die Suizidalität, die eine Person einschränkt, sondern viel mehr die Umstände und Bewertung dieser durch die jeweilige Person, die zum Wunsch der Selbsttötung führen.
Die Soziale Arbeit unterstützt „Menschen in prekären Lebenslagen“ (ebd., S. 4). Mit prekär sind Umstände gemeint, die die Bewältigung des Alltags erschweren (Thiersch et al 2012, S. 178), z.B. geringe finanzielle Mittel oder das Fehlen einer Zukunftsperspektive.
Die bereits genannten Risikofaktoren sind ebenfalls erschwerende Aspekte, die sich auf die Alltagsbewältigung und Selbstwirksamkeit auswirken.

Um suizidgefährdete Menschen als Zielgruppe der Sozialen Arbeit helfen zu können, werden vorab folgende Fragen geklärt:

- Wie können suizidgefährdete Menschen mit Hilfe der Sozialen Arbeit unterstützt werden?
- Was sind die Ziele dieser Interventionen?

Hierfür werden die bereits genannten Informationen aus *2. Psychosoziale Krisen am Beispiel der Suizidalität* aufgegriffen und als Handlungsziele formuliert. Dabei handelt es sich nicht um konkrete, direkt umsetzbare, sondern mehr um inhaltliche Ziele, damit eine praxisbezogene und zeitgleich theoretisch fundierte Auseinandersetzung bewerkstelligt werden kann.

Zunächst einmal ist das Erkennen der Suizidalität notwendig.
Das erlebte Leid, dass zu einem Suizid führen kann ist nicht immer objektiv erfassbar. Der „Mensch wird nicht abstrakt als Individuum verstanden, sondern in der Erfahrung einer Wirklichkeit, in der er sich immer schon vorfindet.“ (ebd., S. 184)

Dabei müssen die rechtlichen Vorgaben eingehalten werden.
Diese legitimieren einerseits Interventionen, andererseits steht das Einhalten der jeweiligen Gesetze und Verordnungen in Verbindung mit dem gesellschaftlichen Auftrag, welcher anschließend noch genauer erläutert wird.

Um effektiv arbeiten zu können, werden Risikofaktoren identifiziert. Ein Risikofaktor ist z.B.: Welche Berührungspunkte hat es bereits mit Suizidalität gegeben? Allgemein sind das, wie bereits erwähnt, Hindernisse, die die Lebensbewältigung erschweren und damit vermutlich auch die Lebensfreude beziehungsweise den Lebenswillen negativ beeinflussen.

Zudem werden die Schutzfaktoren und Ressourcen einer Person herausgearbeitet. Diese Aspekte können einen Beitrag zu einem positiven Leben leisten und dem Wunsch zu Sterben entgegengesetzt werden, z.B. das Erkennen eines unterstützenden Hilfenetzwerks oder der Umgang kritischen Situationen.

Die betroffene Person wird in ihrer Persönlichkeit und Selbstwirksamkeit gestärkt. Dies steht der Hoffnungs- und Hilflosigkeit gegenüber und kann mit den Schutzfaktoren in Verbindung gesetzt werden. Das bedeutet, dass die Person davon überzeugt ist, „neue oder schwierige Herausforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenzen bewältigen zu können." (Warner 2016b)

Da Suizidalität häufig in Verbindung mit einer Krise steht, gilt es, eine Entlastung davon zu finden.
Krisen sind, wie bereits beschrieben, außerordentliche Belastungszustände. Das hat zur Folge, dass sämtliche Kapazitäten dafür beansprucht werden, diesen Zustand schnellstmöglich zu beenden. Jedoch kann das zu einem Gefühl der Hilflosigkeit führen, was die Problemlösung beeinträchtigt, wodurch das Erleben von Wirkungslosigkeit verstärkt wird (s. *2.1. Psychosoziale Krisen*).

Darüber hinaus hat die Soziale Arbeit einen gesellschaftlichen Auftrag. Damit ist unter anderem das Erkennen einer Selbst- und Fremdgefährdung gemeint, sowie der gesellschaftliche Umgang mit Suizidalität. Dieses Ziel geht aber über das Einhalten von rechtlichen Normen hinaus und richtet sich unter anderem an die gegenseitige Unterstützung.

Aber auch die Sozialarbeitenden und anderen Helfenden, die versuchen Suizidalität mit Betroffenen zu bearbeiten, sind zu unterstützen.
Da diese Aufgabe eine hohe Stressbelastung mit sich bringen kann, ist es wichtig, dass Sozialarbeitende und andere verantwortlich und selbstfürsorglich handeln können. Hierin ist ein institutioneller Anspruch impliziert.

4. EINFÜHRUNG IN DIE GESTALTTHERAPIE

Ziel der gestalttherapeutischen Arbeit ist, dass der Klient/die Klientin ein Gefühl für die eigene Befindlichkeit entwickelt (Abram und Hirzel 2007, S. 17) und dadurch einen „achtsamen Kontakt“ (Hartmann-Kottek 2008, S. 8) zu sich und seiner Umwelt bekommt. Damit wird unter anderem das „Kohärenzerleben“ [6] (ebd.) gestärkt.

Die Gestalttherapie hat sich aus der Gestalttheorie entwickelt. Diese befasst sich z.B. mit dem persönlichen Entwerfen der Realität, welche von „Bezugssystemen“ (ebd.) strukturiert wird. Dieser Prozess kann sowohl bewusst als auch unbewusst ablaufen und dementsprechend kann der Mensch bedingt in das „Hier-und-Jetzt“ (ebd.) eingreifen.

4.1. GESTALTTHERAPEUTISCHES ARBEITEN

Fritz Perls entwickelte eine kurze Definition: „„I and Thou – Here and Now‘“ (Hartmann-Kottek 2008, S. 12).
Damit wird der/die Therapeut/in dazu aufgefordert, dem Klienten/der Klientin die Möglichkeit zu bieten, einen vertrauensvollen, im Sinne der humanistischen Werte geschützten, Raum anzubieten, in welchem Selbstakzeptanz erreicht werden kann. In diesem Rahmen kann der Klient/die Klientin in der Wirklichkeit ankommen und diese bearbeiten (ebd.).
Mit der Definition von Perls werden die grundsätzlichen Überlegungen der Theorie zusammengefasst, welche nun aufgeschlüsselt werden.

Das gestalttherapeutische Arbeiten orientiert sich am Erleben des Klienten/der Klientin im Kontakt mit der Umwelt und mit sich selbst (ebd.; Abram und Hirzel 2007, S. 15). Der Kontakt zu sich selbst ermöglicht eine Weiterentwicklung der Person in einem dynamischen Prozess, der sich an den jeweiligen Bedarf ausrichtet (Hartmann-Kottek 2008, S. 12).
Die Weiterentwicklung steht in Verbindung mit der Strukturierung der Wahrnehmung. Die Strukturierung läuft unbewusst ab und hilft bei der Alltagsbewältigung (Abram und Hirzel 2007, S. 15). In diesem Prozess können Konflikte entstehen, die mit bereits vorhandenen oder neu erlernten Strategien bearbeitet werden können („lerntheoretischer Ansatz“; Hartmann-Kottek 2008, S. 10). Dafür wird der Konflikt mittels

[6] Damit ist ein „durchgehendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl der Zuversicht“ gemeint, dass eine Situation verstanden und bewältigt werden kann (Faltermeier, Dietrich 2016).

Achtsamkeitsübungen[7] ins Bewusstsein gerufen, und in einem anschließenden Prozess mit einer „distanziert absichtslose[n] Akzeptanz“ (ebd. S. 11) abgeschlossen.

Die Gestalttherapie geht in der Interaktion mit dem Klienten/der Klientin „phänomenologisch“ (ebd., S. 11) vor. Dabei erfolgt die Kommunikation nicht ausschließlich über die Sprache, sondern auch über körperliche Expressionen und Reaktionsmuster (ebd.). Somit werden Ausdrucksschwierigkeiten vorgebeugt und aufgedeckt.

4.2. GESTALTTHERAPEUTISCHE BEGRIFFE: GESTALT UND FELD

Um ein einheitliches Verständnis über die, in dieser Arbeit, verwendeten Begriffe zu schaffen, werden diese definiert. Die Gestalt bildet die Grundlage der Gestalttherapie. Das Feld wurde aufgegriffen, um eine Verbindung zur Sozialen Arbeit herzustellen.

Der Begriff *Gestalt* oder „‚Ganzheit‘“ (ebd., S. 8) beschreibt sämtliche „Bewußtseinsphänome [sic!]“ (Gremmler-Fuhr 1999, S. 347). Eine Gestalt oder auch das Ganze besteht aus Einzelteilen, die geordnet werden sollen und in einer Wechselwirkung miteinander stehen (ebd., Soff 2018, S. 22). Jedoch ist die Bewertung dessen abhängig von der Perspektive, also ob man die Gestalt von außen oder von innen betrachtet (Gremmler-Fuhr 1999, S. 347): Ein Organ z.B. ist „für seine Zellen ein Ganzes, für das menschliche Individuum jedoch nur ein Teil“ (Hartmann-Kottek 2008, S. 8 f.). Dadurch ist die Gestalt abhängig vom Erleben einer Person (ebd.), sowie von Zeit und Raum (Soff 2018, S. 22).
Grundsätzlich ist eine Gestalt übertragbar. Dafür wird zuerst das Ganze betrachtet und dann die Einzelteile (ebd.; Gremmler-Fuhr 1999, S. 349; Hartmann-Kottek 2008, S. 8 f.). Obwohl das Feld beziehungsweise das Individuum nicht unbedingt vollständig sind „tendiert [sie dazu] sinnvoll zu werden‘“ (Fitzek 2014, S. 5 aus Fitzek und Salber 1996, S. 105) und versuchen, Widersprüche aufzulösen (Gremmler-Fuhr 1999, S, 350). Die Strukturierung ist eine Prägung, die unabhängig von der praktischen Anwendung ist, das heißt, sie ist nicht unbedingt lösungsorientiert (ebd., Fitzek 2014, S. 5). Somit wird die Gestalt immer weiterentwickelt und zunehmend komplexer (Gremmler-Fuhr 1999, S. 350).
Ein weiterer Aspekt zur Weiterentwicklung ist das Erleben von „Unterschiede[n]“ (ebd., S. 353), also das Erleben eines Mangels, der entsprechend der individuellen

[7] Achtsamkeit ist die Wahrnehmung der Innen- und Außenwelt, die lediglich im „Hier-und-Jetzt“ (Hartmann-Kottek 2008, S. 8) erfolgen kann.

Priorisierung behoben werden soll (ebd.).
Gelingt das Schließen der Gestalt nicht, kann das zu einer „Verfestigung“ (ebd., S. 350) führen, die destabilisiert werden muss, um neu sortiert zu werden (ebd., S. 351).
Die „Gestaltbildung“ (Hartmann-Kottek, S. 11) wird zudem beeinflusst durch den Willen und verschiedene Gegebenheiten (ebd.). Wobei nicht alles im Bewusstsein des Individuums stattfindet (Gremmler-Fuhr 1999, S. 353). Die Gestalt, die sich bildet, wird zum „Zentrum der Aufmerksamkeit“ (ebd.) und hebt sich von einem unterbewussten Hintergrund ab.

Ein weiterer typischer Begriff in der Gestalttherapie ist das *Feld*. Damit sind die Einwirkungen der Umwelt als „personenübergreifende Wirkungszusammenhänge“ (Fitzek 2014, S. 6) gemeint.
Kurt Lewin beschreibt mit der Feldtheorie die „Wechselbeziehung“ (Gremmler-Fuhr 1999, S. 356) von Individuum und Umwelt.
Man unterscheidet das „phänomenale Feld“ (Soff 2018, S. 25) und das psychische Feld (ebd.). Ersteres meint die sinnliche Wahrnehmung der Umwelt einer Person. Das psychische Feld betrachtet das Erleben und Verhalten eines Individuums, sowie die Tendenz, die Situation zu strukturieren (ebd., S. 23). Der Wahrnehmungsprozess steht im direkten Verhältnis zur physikalischen Umwelt und wird als „Lebensraum“ (ebd., S. 25) bezeichnet.
Auch hier finden Unterscheidungsprozesse statt, die in diesem Zusammenhang Abgrenzungen genannt werden.
Die Gestalten, die in diesem Raum entstehen, sind ebenso mehr oder weniger dynamisch (Fitzek 2014, S. 16 f.), wie die in einer Person und können sowohl innerpsychisch als auch sichtbar sein und bewusst oder unbewusst erkannt werden (Hartmann-Kottek 2008, S. 8 f.).
Die wechselseitige Beeinflussung von Umwelt und Mensch kann durch persönliche „Erfahrungen“ (ebd., S. 356) und durch die Beschreibung der Vorgänge („Außenperspektive“; ebd.) wahrgenommen werden. Mit der Außenperspektive wird versucht die Dynamik und die „organisierenden Kräfte“ (ebd., S. 356) eines Feldes zu bestimmen. Die Person kann also aktiv oder passiv in die Umwelt einwirken. Mit dem Denkprozess wird Einfluss auf die Wahrnehmung und die Handlung genommen und gegebenenfalls verändert (Hartmann-Kottek 2008). Zudem kann diese im Feld zwischen Sicherheit oder Macht, sowie Freiheit oder Veränderung wählen (Fitzek 2014, S. 18).

4.3. ABLÄUFE UND ROLLEN IN DER GESTALTTHERAPIE

Das gestalttherapeutische Arbeiten läuft in einem systemischen Setting ab, in dem verschiedene Bedingungen und Auswirkungen miteinander in Verbindung gesetzt werden. Der/die Klient/in soll dazu befähigt werden, eigenverantwortlich zu entscheiden. Die Grundlage dafür bilden die „‚humanistischen' Werte" (Hartmann-Kottek 2008, S. 11) wie „Akzeptanz, Echtheit, Würde [und] Selbstentfaltung" (ebd.).

Ziel ist dabei die Veränderung der Persönlichkeit und bisheriger Strukturen. Dadurch werden möglicherweise blockierte Vorgänge aufgebrochen und die Kreativität und die Potentiale einer Person entfaltet (ebd.; Abram und Hirzel 2007, S. 15 f.). Hierfür werden unter anderem „nonverbale Techniken" (Hartmann-Kottek, S. 12) angewandt, z.B. die Fantasie, „kreatives Gestalten [,] Bewegung und Tanz" (ebd.).

In der Gestalttherapie spricht man vom „Kontakt" (ebd., S. 358), um die professionelle Beziehungsarbeit zu beschreiben. Das „Kontaktmodell" (ebd.) kann zur Einschätzung der gesunden Wechselbeziehung von Individuum und Umwelt dienen und „zur Erforschung des subjektiven Erlebens" (ebd.) verwendet werden. Somit ist der Kontakt Teil der Gestaltbildung, Grenzbildung und der „Austausch zwischen Organismus und Umweltfeld" (ebd., S. 360). Die Entwicklung einer Person, also die aktive Gestaltbildung, gelingt durch die „Selbstregulation" (ebd., S. 376). Dabei steht das Individuum als Ganzes (Physis und Psyche) in Wechselwirkung mit der Umwelt (ebd.).

Die Beziehung in der Gestalttherapie ist geprägt durch die Ich-Du-Beziehung nach Buber. Dabei sind folgende Werte essenziell:
Der Kontakt zwischen dem Therapeuten/der Therapeutin und dem Klienten/der Klientin beruht, ähnlich wie bei den humanistischen Werten, auf Echtheit, ehrlichem Interesse und der Akzeptanz der Selbstständigkeit des/der Hilfesuchenden (Abram und Hirzel 2007, S. 16; Hartmann-Kottek 2008, S. 11). Der/die Therapeut/in, lässt sich auf die Sicht seines Gegenübers ein und bietet gleichzeitig Sicherheit (ebd.), z.B. durch das Erkennen und Respektieren von Grenzen (Abram und Hirzel 2007, S. 16). Das hat zur Folge, dass lediglich unterstützend gearbeitet werden kann.
Trotzdem trägt der/die Therapierende die Verantwortung für diesen Prozess und das Maß der eigenen Anteilnahme an diesem (ebd.; Hartmann-Kottek 2008, S. 8). Wichtig an dieser Stelle ist die Unterscheidung zwischen der Sicht des Klienten/ der Klientin und der des Therapeuten/der Therapeutin. Das heißt es findet eine „unvoreingenommene Beschreibung der Phänomene" (Soff 2018, S. 26) statt. Die

Betrachtung und Interpretation der Wahrnehmung der jeweiligen Person erfolgen als Ganzes (ebd., S. 27 f.). Dabei muss beachtet werden, dass ein Individuum lediglich seine „erlebte[], anschauliche[] Wirklichkeit“ (ebd., S. 29) wahrnimmt, die abhängig von der Biografie, den Emotionen, der Gedankenwelt und den Sinnen ist. Gleichzeitig lebt der Mensch in der „physikalischen Welt“ (ebd.) und interagiert als Teil dieser. Um noch einmal die Gedankenwelt aufzugreifen: Diese besteht aus der Wahrnehmung und der damit einhergehenden emotionalen Reaktion (ebd.). Die Gefühle helfen in diesem Prozess bei der „Selbstwahrnehmung“ (Abram und Hirzel 2007, S. 18), wodurch erschwerende Automatismen aufgehoben werden können.

4.4. KRISEN IN DER GESTALTTHERAPIE

Das Verständnis von Krankheit sowie von Krisen ist vielschichtig und soll daher in Bezug auf die Gestalttherapie näher bestimmt werden.

Krise im Sinne der Gestalttherapie bedeutet, dass „die Versorgung von außen ausfällt, die Fähigkeit zur Selbstregulation aber noch nicht entwickelt ist.“ (Hutter-Krisch 1999, S. 840)
Die Entstehung einer Krise kann multifaktoriell sein und ist durch einen instabilen Zustand gekennzeichnet. Deshalb ist es wichtig die betroffene Person in den Stabilisierungsprozess mit einzubeziehen, um die Selbsthilfefähigkeit dieser nicht zu unterbinden (ebd., S. 841 f.). Dementsprechend kann eine Betrachtung der bisherigen überstandenen Krisensituationen hilfreich sein, ausschlaggebend ist aber die „aktuelle Situation“ (ebd., S. 843). Zunächst können die „eigenen Emotionen“ (ebd.) ausgedrückt werden. Bei weiteren Schritten des Klienten/der Klientin ist darauf zu achten, dass die Ziele kleinteilig und realistisch sind (ebd.).
Außerdem kann ein empathisches Beziehungsangebot, verbunden mit einer „tragfähige[n] Beziehung“ (ebd., S. 842), das Gefühl vermitteln, verstanden zu werden. Effektive Hilfe wird dann geleistet, wenn verschiedene Professionen zusammenarbeiten (ebd.).

Grundsätzlich sollte ein/e Berater/in in diesem Prozess authentisch sein, also im Fall einer suizidalen Krise beispielsweise betroffen reagieren. Dadurch wird die suizidale Person mit der „Tragweite seines [/ihres] Handelns“ (Hutter-Krisch, S. 845) konfrontiert. Zudem ist es Aufgabe der Fachkraft, „das Ungesagte ausdrücklich auf die Ebene der Sprache zu heben.“ (ebd.)
Abhängig vom Zustand der/s Betroffenen kann das Sterben und der Tod dargestellt oder

besprochen werden, etwa durch ein imaginatives Verfahren (ebd., S. 842). Dazu wird die Vergangenheit miteinbezogen, ebenso wie Aspekte, die bisher ignoriert oder nicht einsortiert wurden, sowie eine „negative Weltsicht und Selbstbewertung“ (ebd., S. 845). Dabei wird die Aufmerksamkeit von den „negativen [auf die] positive Alternativen“ (ebd., S. 846) gelenkt, sodass die betroffene Person sich selbst akzeptieren kann, z.B. indem negative Gefühle bearbeitet werden (ebd., S. 847).

Gerade bei suizidalen Krisen ist es wichtig, dem Gegenüber zu verstehen zu geben, dass eine suizidale Handlung in dieser Situation die logische Konsequenz ist und er/sie hat jederzeit das Recht selbstbestimmt zu sterben (ebd., S. 848). Erst dann kann man dem/der Klient/in das Gefühl geben, verstanden zu werden. Dafür benötigt die Beratungsperson die Fähigkeit die eigenen Gefühle anzunehmen und diese z.B. dem Klienten/der Klientin gegenüber zu kommunizieren (ebd.). Somit kann die Ursache der erlebten Hoffnungslosigkeit ergründet und die Anteile erarbeitet werden, die „sterben wollen“ (ebd., S. 847) und die, die „leben wollen“ (ebd.).

In jeder Intervention ist die bedingungslose Akzeptanz der suizidalen Person notwendig. Anschließend können neue Herangehensweisen für scheinbar ausweglose Situationen entwickelt werden.

4.5. METHODEN DER GESTALTTHERAPIE

Um das praktische Handeln der Gestalttherapie darzustellen, werden nun einige Methoden beschrieben[8]. Die Auswahl begrenzt sich, durch die im Interview genannten Methoden (s. *5.1. Durchführung eines qualitativen Interviews*). Dafür werden die theoretischen Aspekte mit praktischen Handlungsansätzen verknüpft.

Die erste Methode befasst sich mit der Innenwelt des Klienten, dafür werden die *verschiedenen Anteile einer Person* betrachtet., Diese können unterschiedlich konnotiert sein und im Widerspruch zueinanderstehen. Ein Beispiel dafür sind Introjektionen[9] oder auch Glaubenssätze. Diese haben einen Einfluss auf das Handeln und die Einstellung zum Leben, daher müssen sie aufgedeckt werden. Da diese häufig in der Kindheit aufgenommen wurden, sind diese nicht unbedingt bezüglich ihres Wahrheitsgehalts reflektiert worden (Oaklander 2009, S. 18 f.). Wurden die Introjektionen identifiziert, können sie aufgearbeitet werden, z.B. durch die

[8] Die Methoden sind durch eine kursive Schriftart gekennzeichnet.
[9] Introjektion sind „Botschaften, die [eine Person] auf sich selbst bezieht“ (Oaklander 2009, S. 18).

„Arbeit mit den Stühlen“ (9.3 Transkript des Interviews, Z. 209; Hervorhebung durch die Verf.). Dabei werden innere Vorgänge veranschaulicht, und es wird dem Klienten/der Klientin ermöglicht, selbst aktiv zu werden, indem die eigenen Handlungsoptionen erkannt werden. Die Person setzt sich auf verschiedene Stühle, um einen „Zustand“ (*9.3 Transkript des Interviews*, Z. 210) zu bestimmen oder um sich beim Prozess der „Entscheidungsfindung“ (ebd., Z. 211) selbst zu unterstützen. Dabei werden Fragen gestellt wie: „Wie würde es sich anfühlen, wenn ich mich jetzt auf [den Stuhl setze]? Wie fühlt [es sich an,] in der [aktuellen] Position zu verharren?“ (ebd., Z. 211 ff.; s. Hartmann-Kottek 2008, S. 206 f.).

Eine weitere Methode ist, das *Auseinandersetzen mit Emotionen* und das Akzeptieren dieser. Dabei können Fragen unterstützen, mit denen „unterdrückte Bedürfnisse“ (Strümpfel 2008, S. 436) entdeckt werden.

Die Interviewpartnerin spricht davon, dass die *Veränderung „über den Körper geh[t]“* (*9.3 Transkript des Interviews*, Z. 608; Hervorhebung durch die Verf.). Das bedeutet, dass ein Gefühl für den eigenen Körper entwickelt werden muss, um Veränderungen zu verankern. Dafür muss der Körper zum Mittelpunkt der Wahrnehmung werden (Hartmann-Kottek 2008, S. 233 f.).
Eine weitere Übung ist die *bewusste Atmung*. Dadurch kann die Person „im Hier und Jetzt an[]kommen“ (*9.3 Transkript des Interviews*, Z. 386 f.; Abram und Hirzel 2007, S. 15 f.) und „sich [besser] spüren“ (*9.3 Transkript des Interviews*, Z. 393 f.). Dabei wird außerdem das Stressmanagement unterstützt, so dass sich der Körper entspannt (ebd., Gottwald 2008, S. 234 f.).

Der/die Therapeut/in kann die bereits beschriebenen Übungen durchaus auch auf sich anwenden, um *Selbstfürsorge* zu betreiben.
Zudem agiert diese/r als *Resonanzkörper* im Kontakt mit dem Klienten/der Klientin (*9.3 Transkript des Interviews*, Z. 485). Dafür beschreibt die therapierende oder beratende Person die eigenen Empfindungen (Abram und Hirzel 2007, S. 17), wobei die persönlichen Gefühle und Wahrnehmungen von den Signalen des Gegenübers unterschieden werden müssen (*9.3 Transkript des Interviews*, Z. 485 ff.). Das bedeutet, dass sich der/die Therapeut/in *selbst beobachten* muss, um die eigenen Anteile ausmachen zu können (Abram und Hirzel 2007, S. 16).

Da es sich in der Gestalttherapie um eine *Ich-Du-Beziehung* handelt, ist die therapierende Person Teil des Prozesses (ebd.). Deshalb ist es wichtig, dass

professionell und reflektiert vorgegangen wird.
Auf dieser Basis kann ein sicherer Raum geschaffen werden, in dem sich der/die Klient/in öffnet (ebd.). Die Fachkraft begegnet den betroffenen Personen mit bedingungsloser Akzeptanz und achtet die jeweilige Individualität.

In diesem Rahmen kann es gelingen, in Interaktion zu treten und „*Experiment[e]*“ (Hartmann-Kottek 2008, S. 20; Hervorhebung durch die Verf.) durchzuführen, die dem/r Betroffenen ermöglichen, Selbstwirksamkeit und *Achtsamkeit* zu praktizieren.

5. Verknüpfung von Sozialer Arbeit, Gestalttherapie und Suizidalität

Die drei Aspekt Soziale Arbeit, Gestalttherapie und Suizidalität werden zunächst durch ein Interview miteinander in Verbindung gebracht. Anschließend werden die Ergebnisse des Interviews mit den theoretischen Aspekten der vorhergehenden Ausführung verknüpft.

5.1. Durchführung eines qualitativen Interviews

Das Vorgehen bei diesem wissenschaftlich-qualitativen Interview folgt den zwölf Arbeitsschritten in der sozialarbeiterischen Praxis von König (2016a, S. 29 ff.).

5.1.1. Ziele

Zunächst werden die Ziele bestimmt. Diese sollen den Sinn und Zweck der Arbeit erfassen und damit dem Interview eine Richtung geben (ebd., S. 30 f.). Außerdem dienen sie dazu, die Wirksamkeit, die „Qualität und Effizienz der eigenen Arbeit“ (ebd., S. 31) zu bestimmen.

Die Ziele für das Interview sind die Folgenden:

- Analyse des Themas anhand eines Beispiels (Fallstudie)
- Erweiterung der theoretischen Ausarbeitung um Erfahrungswissen
- Benennung von Methoden, die sich bei der interviewten Person bewährt haben.

Weitere Ziele sind unter *3. Zielsetzung des sozialarbeiterischen Umgangs in Bezug auf Suizidalität* aufgelistet.

5.1.2. Bedingungen und Voraussetzungen

Die Bedingungen und Voraussetzungen, die für das Gelingen eines Forschungsprojektes notwendig sind, setzen sich aus der Organisation, der Fachlichkeit und der Interessensabklärung zusammen (ebd., S. 34 ff.). Diese Aspekte sind für diese Arbeit nicht vorrangig relevant, da es sich eher um institutionelle Vereinbarungen und Absprachen handelt. Nichtsdestotrotz sollen sie erwähnt werden, um ein wissenschaftliches Vorgehen zu gewährleisten. Dementsprechend findet unter anderem eine fachliche Vorbereitung statt, indem das theoretische Grundwissen für das Interview erarbeitet wird (s. *2. Psychische Krisen am Beispiel der Suizidalität, 3. Zielsetzung des sozialarbeiterischen Umgangs in Bezug auf Suizidalität* und *4. Einführung in die Gestalttherapie*).

Die Absprachen über das Vorgehen erfolgen mit der Erstbetreuerin. Um das Vorgehen transparent zu machen, wird es dokumentiert (ebd.).

5.1.3. Gegenstand und Fragestellung

Um einen Bezug zur „sozialen Wirklichkeit“ (ebd., S. 39) zu schaffen, ist es dringend notwendig, der Forschung eine Richtung zu geben. Dies gelingt, indem eine konkrete Forschungsfrage formuliert und somit das Spektrum an möglichen Antworten eingegrenzt wird.
Die Entwicklung der Forschungsfrage erfolgt mittels Recherche und ermöglicht diese theoretisch fundierte und zeitgleich praxisnah zu erfassen (ebd., S. 39 ff.).

Die Forschungsfrage lautet: *Wie kann die Suizidalität mit gestalttherapeutischen Mitteln in der Sozialen Arbeit bearbeitet werden?*

5.1.4. Vorgehen und Untersuchungsmodell

Anhand der genannten Ziele wird ein konkretes Vorgehen festgelegt. Dabei wird das quantitative von dem qualitativen Interview unterschieden.

> Für diese Arbeit wird ein qualitatives Vorgehen gewählt, um „das Subjekt systematisch erfahr- und erfassbar zu machen. Dazu sollen die Meinungen, Sichtweisen, Einstellungen einzelner Personen oder Gruppen dargestellt und einer regelgeleiteten Analyse unterzogen werden.“ (ebd., S. 43)

Das qualitative Interview folgt den Prinzipien der „Offenheit“ (Rechberg 2016, S. 118) und „Kommunikation“ (ebd.). Damit ist gemeint, dass sich der/die Interviewende daran orientiert, was das Gegenüber erzählt und wie es eine bestimmte Situation deutet. Somit erhält man Informationen über eine spezifische Situation, z.B. über die Hintergründe, Motive und themenspezifische Erzählungen sowie Deutungen und „Erklärungen“ (ebd., S. 120).

Das Design dieser Forschungsfrage ist die Einzelfallanalyse. Dadurch kann ein konkreter Sachverhalt, also die aktuelle Lage oder die Erlebnisse einer Person dargestellt werden. Eine „Fallstudie” (König 2016b, S. 149) kann jedoch nicht verallgemeinert werden.
Obwohl es sich um ein eher subjektiv orientiertes Verfahren handelt, ist bei einer Fallstudie die Wissenschaftlichkeit nicht irrelevant. Die Entstehungs- und Entwicklungsprozesse müssen aufgedeckt und dargestellt werden (ebd., S. 150 f.). Der

Sinn dieses Vorgehens ist die „Veranschaulichung“ (ebd., S. 153), in dem die Praxis nachgezeichnet wird.

Da die Erfahrungen einer Person erfragt werden, wird ein mündliches Interview geführt.

5.1.5. OPERATIONALISIERUNG

Damit die Forschungsfrage praktische Bezüge hat, muss diese operationalisiert werden (König 2016a, S. 49). Die Begriffe, *Suizidalität*, *gestalttherapeutische Mittel in der Sozialen Arbeit* und *die sozialarbeiterischen Erfahrungen* werden somit messbar gemacht.
Dafür werden diese in Dimensionen gegliedert und möglichst trennscharf und vollständig benannt (ebd.). Dadurch wird sichergestellt, dass die Hypothese präzisiert und messbar wird (ebd.). Dabei werden, die erarbeiteten Theorien zur Grundlage der folgenden Begriffe. Dementsprechend wurden diese Dimensionen und Unterdimensionen gebildet:

- Berufsbiografie: Studium, der berufliche Werdegang, der aktuelle Arbeitsplatz und der Werdegang zur Gestalttherapeutin
- Gestalttherapie (s. *4. Einführung in die Gestalttherapie*): Inhalte, Methoden, Vorteil dieser Arbeit, gestalttherapeutische Interventionen bei psychischen Krisen und bei Suizid, präventive Bearbeitung von Suiziden mit der Gestalttherapie
- Suizidalität (s. *2. Psychosoziale Krisen am Beispiel der Suizidalität*): erlebte Emotionen, Ambivalenz zwischen Leben und Tod, Risikofaktoren, Schutzfaktoren, suizidale Handlungen, psychosoziale Krisen
- Soziale Arbeit (s. *3. Zielsetzung des sozialarbeiterischen Umgangs in Bezug auf die Suizidalität*): Gemeinsamkeiten, Ergänzung durch die oder zur Gestalttherapie, Konflikte zwischen beiden Feldern, ungeeignete Methoden

5.1.6. MESSEN

In der Praxisforschung ist es schwierig, präzise und objektive Daten zu ermitteln. Um trotzdem verlässliche Ergebnisse zu erhalten, ist es wichtig, die „Werte“ (ebd., S. 53) offenzulegen. Diese können z.B. durch Einrichtungen, gesetzliche Vorgaben, politische und gesellschaftliche Leitbilder sowie das Klientel vorgegeben werden (ebd., S. 54).

Der grundlegendste Wert dieser Arbeit ist der Schutz des Lebens und die Ermöglichung eines als lebenswert empfundenes Leben. Demgegenüber steht die Autonomie des/r Einzelnen, nach der jede/r freie Entscheidungen treffen kann. In diesem Zusammenhang müssen auch die rechtlichen Vorgaben erfüllt werden (s. 2.*9 Rechtliche Aspekte*).

Außerdem werden Bewertungskriterien mittels Skalen festgelegt (ebd., S. 56 f.). Da es sich bei diesem Forschungsprojekt um eine Einzelfallanalyse handelt, werden theoretische Bezüge hergestellt.
Eine Schwierigkeit beim Vergleich, beziehungsweise bei der Einordnung, ist, dass es kaum Ergebnisse aus ähnlichen Befragungen gibt.

5.1.7. Informations- und Datenquellen

Um die Forschungsfrage entsprechend beantworten zu können, ist es notwendig, eine geeignete Person zu befragen.
Es handelt sich in dieser Arbeit um eine „[b]ewusste Auswahl“ (ebd., S. 61). Auch die „Stichprobengröße“ (ebd.) ist festgelegt: Aufgrund des begrenzten Umfangs der Arbeit wird sich auf eine einzelne Person beschränkt. Zudem steht die Stichprobengröße in Verbindung mit der Zielsetzung (s.: *5.1.1. Ziele*) und der Methode der Einzelfallanalyse (*5.1.7. Methoden zur Datenerhebung*).

Die befragte Person ist Sozialarbeiterin und hat ihr Diplom 1997 erhalten (*9.3 Transkript des Interviews*, Z. 2 f., 12 f.). Bereits im Studium hat sie sich mit „Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe“ (ebd., Z. 6) auseinandergesetzt und hat dann in diesem Bereich gearbeitet (ebd., Z. 11 ff.). Die Interviewpartnerin ist außerdem eine ausgebildete Gestalttherapeutin (ebd., Z. 46) und hat Weiterbildungen unter anderem zum Thema Trauma und Gestalttherapie absolviert (ebd., Z. 225 ff., Z. 419 f., Z. 422).
In ihrer aktuellen Stelle bei der „Stadtmission“ (ebd., Z. 19) „begleite[t] sie Menschen mit psychischen Erkrankungen […] von 18 bis 80 Jahren“ (ebd., Z. 99 ff.). Dabei unterscheidet sich das Klientel in relativ selbstständige [Personen] und merklich Erkrankte. Sementsprechend wird der/die jeweilige Klient/in begleitet (ebd., Z. 118 ff.). Das Klientel der Interviewpartnerin ist zum Teil „sehr krisenerfahren“ (ebd., Z. 304).

5.1.8. Methoden zur Datenerhebung

Ein Forschungsprojekt wird unter anderem durch die „Erhebungsmethoden“ (König 2016, S. 67) objektiviert. Die vorhergehenden Aspekte legen zwar den Hintergrund offen, die Formulierung der Fragen im Interview hingegen führen erst zu einer Vergleichbarkeit der Ergebnisse.

Da es sich hier um eine Befragung handelt, die sich der subjektiven Einschätzung einer Person widmet, werden „[o]ffene[] Fragen“ (ebd., S. 70) gestellt, um ein freies Erzählen zu ermöglichen (ebd.).
Dementsprechend wurde aus der Vielzahl an Möglichkeiten ein Interview zu führen, das

„narrative“ (Rechberg 2016, S. 121) Interview und das „Experteninterview“[10] (ebd., S. 128) ausgewählt, welche kombiniert werden.

Ein narratives Interview ermöglicht die Darstellung der subjektiven Sicht (ebd., S. 119). Dabei entwickeln sich sogenannte „Ereignisketten“ (ebd., S. 121), die aus der Aneinanderreihung von Erlebnissen entstehen.
Bei der Erzählung müssen Details und Zusammenhänge erläutert werden, um den Sachverhalt verständlich darlegen zu können. Das hat zur Folge, dass eine Vielzahl an Themen angesprochen werden kann (ebd.).
Hierfür ist eine angenehme und vertrauensvolle Atmosphäre wichtig, in der mit „erzählungsgenerierende[n] Impuls[en]“ (ebd., S. 123) der/die Interviewte zum Erzählen aufgefordert wird. Der/die Forschende hört lediglich zu und stellt erst Fragen, nachdem die Erzählperson die Schilderung abgeschlossen hat (ebd., S. 123 ff.).
Ein Kriterium zur Auswahl der Erzählperson ist einmal die persönliche Betroffenheit, die jedoch nicht zu „intim oder problematisch“ (ebd., S. 122) sein sollte. Zudem muss der/die Befragte dazu fähig und motiviert sein, die Erlebnisse verbal wiederzugeben (ebd.).

Für das Experteninterview ist eine Person notwendig, die über ein spezifisches Wissen verfügt, welches in Erfahrung gebracht werden soll (ebd., S. 128). Dabei wird das „Faktenwissen“ (ebd., S. 129) vom „Deutungswissen“ (ebd.) unterschieden. Ersteres steht unter anderem in Verbindung mit einer Ausbildung oder einer Arbeitsweise in einer Einrichtung und wurde systematisch erworben. Mit dem Deutungswissen sind z.B. Erfahrungen gemeint (ebd.).
In diesem Fall ist das Ziel die Systematisierung und damit der Vergleich zu anderen fachlichen Aussagen. Die Befragte hat Erfahrungs- und systematisches Wissen und kann somit sämtliche Aspekte der Forschungsfrage beantworten (ebd., S. 130).
Zur Vorbereitung eines solchen Interviews gehört die Recherchearbeit, um gezielt Fragen stellen zu können, die sich mit den Aufgabenbereichen des Experten/der Expertin auseinandersetzen (ebd., S. 130 f.).
Dafür wird ein Leitfaden entwickelt, der die Durchführung eines Interviews unterstützt. Die gestellten Fragen orientieren sich am Gegenüber. Zudem muss der Schutz des/der Interviewten vor Schaden sichergestellt werden (ebd., S. 133).
Mit den gestellten Fragen soll, wie beim narrativen Interview, zum Erzählen angeregt werden, um möglichst viel von den Erfahrungen der befragten Person kennenzulernen.

[10] Da es sich hierbei um einen Fachbegriff handelt, werden damit beide Geschlechter angesprochen.

Das Interview beginnt mit der “Einstiegsphase” (ebd., S. 136), in der der Forschungsanlass kurz dargestellt wird. Es werden grundlegende Informationen über den Umfang und Ablauf des Interviews erteilt, ebenso wie über die Vertraulichkeit trotz der Aufzeichnung des Gesprächs. Außerdem wird der Verwendungszweck des erfragten Materials erklärt. Es folgt eine einfach zu beantwortende “Einstiegsfrage” (ebd.) mit der die Person dazu angeregt wird, etwas zu erzählen, in diesem Fall der berufliche Werdegang (*9.1. Interviewleitfaden*). Darauf folgt die “Hauptphase” (Rechberg 2016, S. 137), in der themenbezogene Fragen gestellt werden (s. *9.1. Interviewleitfaden*). Anschließend werden Fragen gestellt, die im Verlauf des Interviews aufgekommen sind. Am Ende des Interviews bekommt die befragte Person, die Möglichkeit noch bisher Unerwähntes zu sagen (Rechberg 2016, S. 136 f.; s. *9.1. Interviewleitfaden*).

Anhand der genannten Kriterien wurde ein Leitfaden entwickelt. Somit kann die befragte Person sowohl von Erlebnissen erzählen, als auch Expertenwissen weitergeben. Die verlangten Kriterien für das narrative Experteninterview wurden bereits in *5.1.6. Information- und Datenquellen* beachtet und einbezogen.

5.1.9. DATENERHEBUNG

Vorab hat die Interviewpartnerin eine Einverständniserklärung unterschrieben, in der sie bereits Informationen über das Interview erhalten hat und ihr die Verwertung und Anonymität der Daten zugesichert wurde (s. *9.2. Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Befragung*).

Das Interview wurde am 29.10.2021, 9:00 Uhr, durchgeführt. Für die anschließende Datenauswertung wurde das Gespräch aufgezeichnet.
Die reine Interviewzeit beträgt eine Stunde und zwanzig Minuten, insgesamt hat das Gespräch zwei Stunden und zwei Minuten gedauert.
Zu Beginn haben sich die Interviewpartnerin und die Interviewerin kurz privat unterhalten und die Interviewerin hat über das Vorgehen informiert und die Aufnahme begonnen. Daraufhin wurden die Fragen aus dem Interviewleitfaden gestellt sowie im Gespräch aufgekommene Fragen (*9.3. Transkript des Interviews*).

5.1.10. AUFBEREITUNG UND DATENANALYSE

Zunächst wurde die Tonaufnahme des Gesprächs transkribiert[11] (s. ebd.). Dabei wurde sich an den Transkriptionsregeln von Caroline Freier (09.11.2020; s. *9.4. Transkriptionsregeln für nicht geglättetes Transkript*) aus der Lehrveranstaltung qualitative Sozialforschung orientiert.
Da für diese Arbeit die Inhalte des Interviews entscheidend sind, wurde das Transkript geglättet[12], um die Lesbarkeit und Verarbeitung zu vereinfachen. Das nicht geglättete Transkript liegt der Autorin vor und kann eingesehen werden.
Die Aufnahme des Gesprochenen wird aus Anonymitätsgründen nach der Bewertung der Bachelorarbeit gelöscht (s. *9.2. Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Befragung*).

Die Auswertung einer qualitativen Befragung erfolgt nach Mayring (2015), demnach wird ein „Kategoriensystem[]“ (ebd., S. 21) entwickelt. Dieses wird dann an dem vorhandenen Material geprüft, was einen Bezug zur Fragestellung ermöglicht.
Der Text wird mit der „Strukturierung/deduktiven Kategorienanwendung“ (ebd., S. 97) verarbeitet. Hierfür werden Kategorien „aus der Fragestellung abgeleitet und theoretisch begründet“ (ebd.; s. *5.1.5. Operationalisierung*). Anschließend werden diese weiter differenziert und daraus ein Kategoriensystem erstellt. Um ein einheitliches Verständnis zu schaffen, werden die Kategorien definiert und anschließend mit „Ankerbeispielen“[13] (Mayring 2015, S. 97) aus dem Text belegt. Dafür wird das Transkript paraphrasiert, generalisiert und reduziert (ebd.; s. *9.5. Auswertung: Paraphrasen*).
Bei der „Paraphrasierung“ (Mayring 2015, S. 71) werden die Aussagen sprachlich vereinheitlicht sowie inhaltlich nicht relevante weggelassen.
Die Paraphrasen werden dann generalisiert (ebd., S. 73, s. *9.5. Auswertung: Paraphrasen*). Paraphrasen, die bereits auf dem Niveau der Reduktion sind, werden beibehalten (Mayring 2015, S. 72). In der Reduktion werden sämtliche Generalisierungen auf Zusammenhänge geprüft und zusammengeführt (ebd., S. 71).
Die thematisch ähnlichen Sätze aus der Reduktion werden anschließend zusammengeführt in Kategorien (ebd., s. *9.5. Auswertung: Paraphrasen*).
Da es sich um ein kurzes Interview handelt und die Inhalte bereits in der ersten

[11] Transkribieren bedeutet, „die regelgeleitete Übertragung sprachlicher Äußerungen vom Audio- in ein Textformat“ (Rechberg 2016, S. 259)

[12] Geglättet ist hier, das Weglassen der Pausen, der Zeitmarkierung, der Verzögerungslaute, des Dialekts und Wortwiederholung gemeint, die nicht im Zusammenhang mit dem Gesagten stehen.

[13] Ankerbeispiele sind „Zitate [,] die aus dem Textmaterial ausgesucht“ wurden (Scheibler).

Reduktion entsprechend komprimiert wurden, wird von einer zweiten Reduktion genauso wie von der Erstellung einer zweiten Zusammenfassung abgesehen (Mayring 2015, S. 71).
Das Zusammenfassen des Transkripts zu Kategorien erfolgt tabellarisch (s. *9.5. Auswertung: Paraphrasen*).

Die operationalisierten Kategorien haben sich durch die Verarbeitung des Transkriptes verändert und werden induktiv ergänzt (s. *9.6. Auswertung: Kategorien*). Die Kategorie *Berufsbiografie* wurde um die *Weiterbildungen* ergänzt und das *aktuelle Arbeitsfeld* als einzelne Kategorie aufgenommen. Die Unterkategorien dessen sind die *Aufgaben*, das *Klientel* und die *Vorgaben der Einrichtung*. Diese Ergänzung soll das Arbeitsfeld noch einmal im Hinblick auf das Klientel hervorheben.
Die operationalisierte Kategorie *Suizidalität* wurde umbenannt in *Psychische Erkrankungen, Krisen, Suizidalität*, um das breite Spektrum zusammenzufassen. Durch die narrative Herangehensweise haben sich in diesem Fall sämtliche Kategorien geändert. Insbesondere wurde das *Erleben der Klientenposition* mit aufgenommen. Gleichzeitig waren die operationalisierten Unterkategorien zu differenziert, wodurch sich induktiv auf die *Ursachen von psychischen Krisen,* das *Erleben der Klientenposition* und *Krisen und Suizidalität* beschränkt wurde.
Die Kategorie *Gestalttherapie* wurde weitestgehend beibehalten. Der operationalisierte *präventive Umgang mit Suizidalität in der Gestalttherapie* ist unter den *Methoden* zu finden, da diese nur schwer differenzierbar sind. Die *Vorteile der Gestalttherapie* fließen in die Kategorie *Soziale Arbeit* mit ein. Außerdem wurde die Unterkategorie *Reflexion* aufgegriffen.
Auch die Unterkategorien der *Sozialen Arbeit* haben sich durch das narrative Vorgehen verändert. Des Weiteren wird an dieser Stelle erneut die *Reflexion* sowie die *Weiterbildungen* als Kategorien aufgegriffen, diesmal im allgemeinen Bezug auf die Soziale Arbeit. Im Übrigen haben sich aus dem Interview die Kategorien *Notfallvorgehen* und *Soziale Arbeit und Gestalttherapie* herausgebildet.
Die genannten Kategorien wurden mit entsprechenden Erklärungen versehen (s. *9.6. Auswertung: Kategorien*).

5.1.11. Qualität des Prozesses beurteilen

Ein weiterer Teil der empirischen Sozialforschung ist die Reflexion, wofür Bewertungskriterien notwendig sind (König 2016, S. 84). Da es sich hierbei um eine Einzelfallanalyse handelt können die „klassischen Gütekriterien für die empirische

Forschung“ (ebd.) nicht ohne Weiteres angewandt werden. Um jedoch eine gewisse Vergleichbarkeit zu gewährleisten und ein objektives Verfahren darzulegen, wurde mit den zwölf Arbeitsschritten aus der sozialarbeiterischen Praxis nach König (2016) gearbeitet. Dadurch wird das Vorgehen transparent und an die Fragestellung angepasst. An dieser Stelle erfolgt die Reflexion dessen.

Da es sich bei einem narrativen Interview um eine persönliche Erzählung handelt ist es nur schwer in andere Forschungsprojekte übertragbar. Jedoch können durch die Verknüpfung mit dem Experteninterview wesentliche Aussagen wiederholt werden. Zudem könnten die gebildeten Kategorien übertragen werden, dafür müsste der Leitfaden angeglichen werden, um entsprechende Ergebnisse zu erhalten. Allerdings konkurrieren hier der Leitfaden und das narrative Vorgehen miteinander. Nichtsdestotrotz sind beide notwendig, führen aber zu unterschiedlichen Ergebnissen.

Der Einsatz des narrativen Vorgehens hat sich bewährt. Es konnten neue Informationen gewonnen werden, insbesondere das persönliche Erleben der Interviewpartnerin mit der Gestalttherapie. Gleichzeitig konnte Fachwissen in Erfahrung gebracht werden, welches den konkreten Umgang mit Suizidalität in der Sozialen Arbeit betrifft und zeigt inwieweit die Gestalttherapie dabei sinnvoll ist. Dies wird in *6. Reflexion* näher beleuchtet.

Die Operationalisierung hat sich als eher schwierig erwiesen, da es sich um ein großes Themenfeld handelt und das Interview relativ offen gestaltet werden sollte. Dadurch haben sich einige induktive Änderungen ergeben. Das hat keine negativen Auswirkungen auf die Zielsetzung, diese wurde erfüllt.

Die Umsetzung war aufgrund der Zeitressourcen und der Möglichkeit, Microsoft Teams von der Hochschule zur Verfügung gestellt zu bekommen, gut.

5.1.12. VERWERTUNG DER ERGEBNISSE

Dadurch, dass das geführte und ausgewertete Interview Teil der Bachelorarbeit ist, wird es lediglich in diesem Rahmen veröffentlicht. Welche Konsequenzen aus der Befragung gezogen werden können und was deren Auswirkungen sind, wird in *5.2. Soziale Arbeit, Gestalttherapie und Suizidalität* vertieft, beziehungsweise wurden einige Daten bereits in *4.5. Methoden der Gestalttherapie* und *5.1.7. Informations- und Datenquelle* erwähnt.

Die tabellarische Darstellung der Ergebnisse ist im Anhang in *9.6. Auswertung: Kategorien* zu finden.

An dieser Stelle wird noch kurz auf die Interviewperson und ihr aktuelles Arbeitsfeld eingegangen. Die Berufsbiografie der befragten Person wurde bereits in Teilen bei *5.1.7. Informations- und Datenquellen* aufgegriffen, um die interviewte Person genauer zu beschreiben. Daher wird an dieser Stelle lediglich eine Ergänzung vorgenommen (s. *9.6. Auswertung Kategorien*):
Nach dem Studium hat die Interviewpartnerin „zwei Jahre in einer Suchtberatungsstelle gearbeitet [mit] angegliedertem Wohnen“ (*9.3. Geglättete Transkription des Interviews*, Z. 13). Anschließend war sie „zwei Jahre [in] Namibia“ (ebd., Z. 15) und danach war sie bei der „Stadtmission [im] Bereich Beratung[,] Begleitung von Menschen[,] die HIV-[p]ositiv sind“ (ebd., Z. 19 ff.) beschäftigt. Durch eine Versetzung kam sie zu ihrer aktuellen Arbeitsstelle (ebd., Z. 26 ff.), in der sie seit „18 Jahren“ (ebd., Z. 37) tätig ist. Durch ihre „persönliche Erfahrung mit der Therapie“ (ebd., Z. 50) und die Empfehlung einer Kollegin (ebd., Z. 58 f.) hat sich die Interviewpartnerin dazu entschlossen eine Weiterbildung zur Gestalttherapeutin zu absolvieren. Im Rahmen der Therapie kam die Überlegung auf, „in dies[e] Richtung“ (ebd., Z. 64) zu gehen. Die Weiterbildung hat sie innerhalb von „vier Jahren bis 2011“ (ebd., Z. 419) absolviert. Durch die weiteren Fort- und Weiterbildungen „vermischen sich“ (ebd., Z. 423) die Inhalte, da sie sich „sehr ähnlich“ (ebd., Z. 424) sind.

Auch die *aktuelle Arbeitsstelle* wurde ebenfalls bereits beschrieben, daher wird lediglich noch auf die Unterkategorie *Vorgaben der Einrichtung* eingegangen. Eine Aufgabe ist das Schreiben von „Hilfepläne[n und] Entwicklungsberichten“ (ebd., Z. 177), zur Reflexion des beruflichen Handelns und den damit einhergehenden Zielsetzungen (ebd., Z. 177 ff.).
Bei einem Krisenumgang stellt sich der Idealfall so dar, dass „in so einem Krisenmodus [ein Kollege/eine Kollegin mit dazukommt] und [die] Situation“ (ebd., Z. 536 ff.) zusammen eingeschätzt wird.
Die Mitarbeitenden der Einrichtung haben zwar „kein[en] Therapieauftrag“ (ebd., Z. 203), gehen jedoch bezogen auf die Zielsetzung ähnlich vor (ebd., Z. 203 ff.).

Die Ergebnisse der qualitativen Befragung werden nun auf die bereits erwähnten theoretischen Aspekte bezogen.

5.2. SOZIALE ARBEIT, GESTALTTHERAPIE UND SUIZIDALITÄT

Wie bereits in *3. Zielsetzung des sozialarbeiterischen Umgangs in Bezug auf Suizidalität* beschrieben wurde, ist Suizidalität Teil des Aufgabenfelds der Sozialen Arbeit.
Die dort definierten Ziele werden nun aufgegriffen und deren Umsetzung genauer beschrieben. Die Methode, die dafür angewandt wird, ist die Gestalttherapie

5.2.1. GESTALTTHERAPIE UND SOZIALE ARBEIT

Im Interview erwähnte die Interviewpartnerin, dass die Soziale Arbeit und Gestalttherapie"[s]upergut." (*9.3. Geglättete Transkription des Interviews*, Z. 456) zusammenpassen, sowohl bei der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen, als auch in sämtlichen anderen Bereichen (ebd., Z. 456 ff.). Die Interviewpartnerin beschreibt, dass sie durch die Gestalttherapie „eine Möglichkeit [und] Methoden bekommen [hat], um mit Klienten zusammen an bestimmten Prozessen zu arbeiten." (ebd., Z. 172 f.).

Faktoren, die die Kooperation der beiden Handlungsfelder ermöglichen, sind der „humanistische [und der] ganzheitliche Ansatz" (ebd., Z. 191 f.). Diese sind ebenso Grundlagen der Sozialen Arbeit. Das humanistische Menschenbild wird wortwörtlich in der Definition des DBSH (2016) erwähnt.
Die Ganzheitlichkeit hat Ähnlichkeiten mit dem lebensweltorientierten Ansatz nach Thiersch (et. al. 2012), der die Person nicht als extrahiertes Individuum betrachtet, sondern in seiner Umwelt mit den einhergehenden Einflüssen. Die Interviewpartnerin kann in ihrer beruflichen Praxis beobachten, dass es sich bei psychischen Erkrankungen nicht ausschließlich um neuronale oder biologische Faktoren handelt. Vielmehr geht es darum, „den Zusammenhang mit der gesamten Situation [des] Klienten" (*9.3. Geglättete Transkription des Interviews*, Z. 429 f.) oder der Klientin zu beachten. Dabei scheinen „soziale Einflüsse" (ebd., Z. 431) bedeutend zu sein.

Die Grundlage sozialarbeiterischen Handelns ist die Beziehungsgestaltung. Diese Art der Beziehung ist auftragsabhängig, aber um mit Menschen in den Kontakt zu treten ist eine Zusammenarbeit hilfreich. Dabei ist die betroffene Person der Experte/die Expertin der eigenen Lebenswelt, dem bei der Bewältigung lediglich Unterstützung anzubieten ist (Thiersch et al 2012, S. 178). Denn wie bereits in der Definition der Sozialen Arbeit erwähnt, ist die „Autonomie und Selbstbestimmung" (DBSH 2016) zu fördern. Auch in der Gestalttherapie ist die enge Zusammenarbeit mit dem Klienten unerlässlich. Die in *4.4. Abläufe und Rollen in der Gestalttherapie* erwähnten Werte sind ebenso für

die Soziale Arbeit relevant.
Ein deutlicher Unterschied zwischen beiden ist, dass sich ein/e Gestalttherapeut/in als Person mit einbringt (*9.3. Geglättete Transkription des Interviews*, Z. 193). Das kann für die Soziale Arbeit hilfreich sein, denn „manche Klienten sind […] ganz überrascht“ (ebd., Z. 195 f.), dass auch die Beratungsperson Krisen erlebt. Die Fachkraft trägt hierbei die Verantwortung für einen entsprechenden Umgang, sowohl in der Gestalttherapie als auch in der Sozialen Arbeit.
Dadurch, dass die Soziale Arbeit und die Gestalttherapie nahe am Menschen arbeiten, ist die Nähe-Distanz-Balance ein weiterer wichtiger Faktor, der zu beachten ist. Es ist wichtig, sich „abgrenzen zu können zu den Klienten. Und gleichzeitig, aber [nahe] dran zu sein.“ (ebd., Z. 170 f.)

Die Aufträge der Gestalttherapie und der Sozialen Arbeit unterscheiden sich. Die Gestalttherapie hat einen Therapieauftrag. Die Soziale Arbeit hingegen orientiert sich in ihrem Handeln unter anderem am „Tripelmandat“ (Staub-Bernasconi 2006, S. 21) und den institutionellen Vorgaben. Das Tripelmandat setzt den gesellschaftlichen Auftrag, das Klientel und die Profession Soziale Arbeit in ein Verhältnis (ebd., S. 21 f.). Daraus kann ein Spannungsfeld entstehen, indem der/die Sozialarbeitende entscheiden und reflektieren muss, welcher Aspekt in diesem Moment gewichtiger ist. Das ist bei der Zusammenführung der beiden Handlungsfelder dringend zu beachten, denn die Soziale Arbeit handelt in einem gesellschaftlichen Kontext und weniger therapeutisch.

Grundsätzlich ist eine genaue Beobachtung der vorliegenden Situation notwendig. Soff (2018) nennt es die „unvoreingenommene Beschreibung der Phänomene“ (ebd., S. 26). Damit ist eine möglichst neutrale Beobachterperspektive gemeint, die lediglich beschreibt, was gesehen wird, beispielsweise wahrgenommene Gestik, Mimik und Sinneseindrücke. Das heißt, dass Rückschlüsse erst sinnvoll gezogen werden können, wenn ein Gesamtbild vorliegt. Dabei handelt es sich um einen komplexen Vorgang, der niemals vollständig abgeschlossen ist. Dabei können Risiko- und Schutzfaktoren identifiziert werden. Allerdings ist hier von einer vorschnellen Interpretation abzusehen, denn entscheidend ist, wie der/die Klient/in diese einschätzt.
In akuten Fällen ist dies nicht unbedingt möglich, da zum Schutze des Klientels, Anderer oder der Fachkraft gehandelt werden muss. Trotzdem ist eine umfängliche Betrachtung der Person notwendig, wie es auch Thiersch (et. al. 2012, S. 186 ff.) mit dem

Lebensweltansatz verdeutlicht. In der Sprache der Gestalttherapie ausgedrückt könnte es heißen: Erst das Ganze erfassen und dann Rückschlüsse auf die Einzelteile zulassen.

Die Gestaltbildung aus der Gestalttherapie versucht theoretisch zu erklären, wie die subjektive Wahrnehmung und die Konstruktion der Wirklichkeit ablaufen (phänomenales Feld). In der Sozialen Arbeit kann dies genauso beobachtet werden. Z.B. wird im Interview eine Frau beschrieben, die der Annahme war „von einem anderen Planeten und nur zu Gast auf der Erde zu sein“ (*9.3. Geglättete Transkription des Interviews*, Z. 124 f.). Diese Annahme ist Teil ihrer subjektiven Wirklichkeit, da ein Mensch dazu neigt, für sich logische Gestalten zu bilden. Dabei spielt die jeweilige Prägung durch Erziehung, Kultur, Religion und so weiter eine Rolle. Also geht es in diesem Moment nicht darum, der Person zu erklären, dass das vermutlich nicht der Fall ist und sie davon zu überzeugen, dass sie von der Erde kommt, sondern die subjektiv wahrgenommene Realität zu akzeptieren und diese bei der Lebensbewältigung zu unterstützen. Jedoch kann eine solche Sicht auf das eigene Leben in der Umwelt für Unverständnis sorgen. An dieser Stelle stehen sich die Individualität und die Vielfalt in einer Gesellschaft gegenüber. Mit Blick auf die Suizidalität kann das bedeuten, den Einzelnen zu unterstützen, Gefährdungen weitestgehend vorzubeugen und zeitgleich in der Gesellschaft Aufklärung zu betreiben und Unterstützungsnetzwerke zu bilden.

Auf gesellschaftlicher Seite gibt es auch gesetzliche Regelungen zum Krisenumgang. Während man in der Gestalttherapie von mangelhafter Integration (Hartmann-Kottek 2008) und Veränderungsprozessen spricht, muss gleichzeitig ein Schutzauftrag in der Sozialen Arbeit erfüllt werden (s. Tripelmandat, Staub-Bernasconi 2006, S. 21). Dadurch kommt die Frage auf: Inwieweit kann Autonomie gewährleistet werden? Das hat zur Folge, dass es in Gefährdungssituationen zu Zwangshandlungen, etwa einer Einweisung in die Klinik, kommen kann (*9.3. Geglättete Transkription des Interviews*, Z. 143 f.).

Der/die Klient/in ist in der Gestalttherapie und der Sozialen Arbeit ein aktiver Teil des Behandlungsprozesses und trägt Verantwortung für die persönliche Weiterentwicklung und das Gelingen der jeweiligen Maßnahme. Das Ziel dessen sind der Ausbau, Unterstützung und das Erhalten der Handlungsfähigkeit.

Es wurden nun einige Gemeinsamkeiten zwischen der Sozialen Arbeit und der Gestalttherapie aufgezeigt. Im Endeffekt kann die Gestalttherapie die Soziale Arbeit gut durch ihre Methoden und theoretischen Erkenntnisse erweitern. Besonders kann sie die

Soziale Arbeit dabei unterstützen, die Autonomie des Klienten zu wahren und Wahrnehmungen nicht zu ignorieren.

5.2.2. Umsetzung der Zielsetzungen sozialarbeiterischen Umgangs in Bezug auf Suizidalität in Verbindung mit der Gestalttherapie

Die Zusammenführung der Handlungsfelder Soziale Arbeit und Gestalttherapie wird nun mit dem Umgang mit Suizidalität in Verbindung gebracht. Dazu werden die in *3. Zielsetzung des sozialarbeiterischen Umgangs in Bezug auf Suizidalität* genannten Ziele aufgegriffen und mit den erwähnten Methoden aus beiden Handlungsfeldern handlungspraktisch beschrieben.

Grundsätzlich ist der Umgang mit Suizidalität abhängig von dem/r jeweiligen Betroffenen. Die beratende Person sollte den Beweggrund ermitteln und versuchen, das Leiden zu verstehen (Gerngroß 2020b, S. 39).
Wichtig hierbei ist die Aufmerksamkeit und das Zuhören. Besonders, wenn das Gefühl, „nicht (mehr) gebraucht zu werden“ (ebd.), für die suizidgefährdete Person im Vordergrund steht.
Dafür ist Fachpersonal notwendig, vor allem, wenn bereits körperliche Verletzungen vorliegen, die medizinisch behandelt werden müssen (Wolfersdorf 2008, S. 1329). Dabei sollte Vorsicht walten, denn es handelt sich nicht immer nur um sichtbare Verletzungen, sondern auch um seelische, die Mithilfe eines Beziehungsangebots offengelegt werden können. Dabei ist es einerseits wichtig, den Zustand des/r Betroffenen zu erfragen und andererseits empathisch, verständnisvoll und solidarisch zu unterstützen (ebd.). Das Vorgehen der Einrichtung der Interviewpartnerin ist in *5.1.12. Verwertung der Ergebnisse* genauer beschrieben. Allgemein trägt in Notfällen die Fachkraft die Verantwortung, eine Entscheidung zu treffen, diese ist „vorher [mit dem Klienten/der Klientin] auszuhandeln“ (ebd., Z. 499). Dabei ist das Handeln abhängig vom „konkreten Fall“ (ebd., Z. 550). In solchen Situationen wird lediglich zur Einschätzung der Situation gestalttherapeutisch gehandelt, z.B. durch Fragen und in dem die Fachkraft ihre Wahrnehmung einbezieht (ebd., Z. 494 ff.).

Zunächst einmal ist das Erkennen der Suizidalität notwendig. Dieser Prozess kann durch bestimmte Fragen unterstützt werden (Hutter-Krisch 1999, S. 847 nach Sonneck 1995, S. 171):

1. Können Sie mir die Situation schildern? (Verständnis für die suizidale Situation entwickeln)

2. In welchen Situationen wollten Sie sich das Leben nehmen? („Bezug zu diesem Ereignis herstellen"; Hutter-Krisch, S. 847)
3. Wie ist Ihre Befindlichkeit jetzt? (Reflexion des Gesprächs)

Für diesen Prozess können auch die Entwicklungsmodelle von Suizidalität angewandt werden, da in diesen Kriterien beschrieben werden, die einen Suizid begünstigen können.

Nichtsdestotrotz sind die Gründe für Suizidüberlegungen, wie bereits erwähnt, vielseitig, was jedoch viele eint, ist der Wunsch nach Beziehung. Daher ist es wichtig, mit Gefährdeten in Kontakt zu treten und ihnen aufmerksam, authentisch, empathisch und partizipativ zu begegnen (Gerngroß 2020a, S. 11).

Dafür wird gezielt die „Innenwelt des Klienten" (*9.3. Geglättete Transkription des Interviews*, Z. 549) beziehungsweise der Klientin ermittelt, ob es sich z.B. um Suizidalität handelt.

Die beobachtbaren und wahrnehmbaren Phänomene werden unvoreingenommen beschrieben, damit ein umfassendes Bild erstellt werden kann (Soff 2018, S. 26). Daraufhin kann, abhängig von der betroffenen Person, ein „Veränderungsprozess" (*9.3. Geglättete Transkription des Interviews*, Z. 187) begonnen werden.

Dabei relevant sind zudem die Akzeptanz der Vergangenheit und die Gestaltung der Zukunft (ebd., Z. 197 ff.). Dadurch kann es gelingen, persönliche Ressourcen zu erkennen und die bereits bewältigten Krisen als Erfolge zu akzeptieren. Dabei können die in *4.5. Methoden der Gestalttherapie* genannten Methoden ein „Handwerkszeug" (ebd., Z. 190) sein.

In der Gestalttherapie wird die Meinung vertreten, dass die Veränderungen „über den Körper" (ebd., Z. 608) gehen und der/die Klient/in, somit ein Gefühl für diesen entwickelt (ebd., Z. 611 f.). Schlussendlich trägt die betroffene Person die Verantwortung für den jeweiligen Prozess (ebd., Z. 173 ff.).

In diesem Zusammenhang wird noch einmal mehr auf die *rechtlichen Vorgaben* verwiesen sowie das konkrete Vorgehen der Einrichtung verwiesen.

Es wird eine professionelle Einschätzung durchgeführt, die eine dementsprechende Intervention zur Folge hat, etwa eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik bei einer akuten Fremd- oder Selbstgefährdung. Die Einschätzung umfasst auch die Überlegung, ob der betroffenen Person die „Freiheit [gegeben wird selbst] zu entscheiden" (*9.3. Geglättete Transkription des Interviews*, Z. 482 f.). Dabei ist die Dokumentation, als Sicherheit für die Fachkraft, unterstützend.

Um effektiv arbeiten zu können, werden Risikofaktoren identifiziert. Hierfür ist es ebenso notwendig, die Lebenswelt des Klienten/der Klientin zu erfassen und die verschiedenen Einflüsse von der betroffenen Person einschätzt zu lassen. Der Vorgang zum Erkennen der Risikofaktoren ähnelt dem zur Einschätzung von Suizidalität und kann daher auch über Fragen erfolgen.

Zudem werden die Schutzfaktoren und Ressourcen einer Person herausgearbeitet. Hierfür ist ein ressourcenorientiertes Arbeiten notwendig, also „eine Haltung […], die […] Kraftquellen, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kompetenzen und Potenzialen“ (Paulick 2019) einer Person wahrnimmt.
Im Sinne des Tripelmandats kann die Gesellschaft als Ressource mit einbezogen werden, z.B. durch Projekte, mit denen Personen darin geschult werden Suizidalität frühzeitig zu erkennen (Gerngroß 2020a, S. 8 ff.).

Die betroffene Person wird in ihrer Persönlichkeit und Selbstwirksamkeit gestärkt. Dies kann mit einer akzeptierenden Haltung und einer authentischen Aufmerksamkeit bewirkt werden, die gezielt nach Lebenswillen förderlichen Faktoren sucht, ohne dabei das persönliche Leid zu verleugnen. Eine Methode, die hier eingesetzt werden kann, ist die in *4.5. Methoden der Gestalttherapie* beschriebene „Arbeit mit den Stühlen“ (*9.3. Geglättete Transkription des Interviews*, Z. 209).

Da Suizidalität häufig in Verbindung mit einer Krise steht, gilt es, eine Entlastung davon zu finden.
Dafür ist „ein[] Raum zu schaffen“ (ebd., Z. 248) in dem Suizidalität angesprochen werden kann. Dabei unterstützt die Gestalttherapie, denn sie geht von einer akzeptierenden Grundhaltung aus, in der es „okay ist, dass man solche Gedanken“ (ebd., Z. 255) hat. Das damit einhergehende Beziehungsangebot kann bereits ein Schutzfaktor sein (ebd., Z. 298 f.).
Aber auch konkrete Hilfestellungen, wie das Beantragen von finanzieller Unterstützung (ebd., S. 214 ff.), können eine Entlastung von dem erlebten Stress sein. Zudem kann eine Aufklärung bezüglich der „multifaktoriellen“ (ebd., Z. 69) Ursachen von psychischen Erkrankungen hilfreich sein. Denn im Bereich Suizidalität gibt es nicht die eine Lösung, die auf jedes Problem passt. Daher ist es wichtig, mit dem Klienten/der Klientin im Kontakt zu bleiben und gemeinsam an einer individuell passenden Lösung zu arbeiten.
Grundsätzlich sind Krisen normal und können „gut [sein], um zu wachsen“ (ebd., Z. 455). Solche Phasen bieten die Möglichkeit „Sinnfragen“ (ebd., Z. 250) zu stellen und sich

Gedanken über Leben und Tod zu machen (ebd., Z. 251 ff.). Somit können gewohnte Prozesse aufgebrochen und neue Handlungsweisen etabliert werden.
Die Verhaltensweisen, die Krisen auslösen können, sind nicht unbedingt als schlecht zu bewerten, denn diese „Verhaltensweisen, die vielleicht jetzt hinderlich sind, [waren] in einer gewissen Zeit […] hilfreich“ (ebd., Z. 199 f.; Akzeptanz), um jedoch einen Veränderungsprozess zu schaffen, gilt es, sich „vorzuwagen [und] neues auszuprobieren“ (ebd., Z. 200 f.).
Dieser Prozess kann von der Umwelt unterstützt oder aber verhindert werden. Dass es sich dabei um einen dynamischen Prozess zwischen Umwelt und Individuum handelt, wurde mehrfach in *4. Einführung in die Gestalttherapie* erwähnt.
Dementsprechend trägt das „zwischenmenschliche Miteinander“ (ebd., Z. 452) in einer Gesellschaft zur Entwicklung von Suizidalität bei.
Ebenfalls ein Umwelteinfluss ist der medizinische Umgang mit Suizidalität, psychischen Erkrankungen und Medikamenten. Die Interviewpartnerin appelliert daran, auch hier die multifaktoriellen Ursachen einzubeziehen (ebd., Z. 434 ff.).

Darüber hinaus hat die Soziale Arbeit einen gesellschaftlichen Auftrag.
Das Einhalten der rechtlichen Vorgaben wurde bereits mehrfach erwähnt.
Durch vielerlei Projekte kann gesellschaftliche Aufklärung betrieben werden. Das ist jedoch nicht Teil dieser Arbeit, sollte aber mit erwähnt werden, denn es ist ein weiteres Aufgabenfeld der Sozialen Arbeit und ermöglicht Betroffenen über ihre Ängste und Sorgen offen zu sprechen.

Aber auch die Sozialarbeitenden und anderen Helfenden, die versuchen Suizidalität mit Betroffenen zu bearbeiten, sind zu unterstützen.
Es ist wichtig, die helfenden Personen in einem verantwortlichen und selbstfürsorglichen Handeln zu schulen. Das bedeutet unter anderem, den Arbeitstag abzuschließen und die Verantwortung an den Klienten/die Klientin zurückzugeben, denn schlussendlich ist jede Person für sein/ihr Leben selbst verantwortlich (ebd., Z. 173 ff.).
Durch eine umfassende Dokumentation kann sichergestellt werden, dass im Zweifelsfall alles Mögliche getan wurde, um beispielsweise einem Suizid vorzubeugen (Teismann und Dorrmann 2014, S. 81 f.).
In der Gestalttherapie agiert der/die Therapeut/in als „Resonanz“ (ebd., Z. 485). Dabei werden die „Signale[]“ (ebd., Z. 490) des Klienten/der Klienten wahrgenommen und einsortiert, in Abgrenzung zu den „Anteilen“ (ebd., Z. 489) der Beratungsperson, in dem diese verbalisiert werden (ebd., Z. 487). Dementsprechend ist eine persönliche und

berufliche Reflexion wichtig. Mit dieser kann zwischen der Autonomie des Klienten/der Klientin und eventuell damit einhergehenden Gefahren abgewogen werden. Dabei können Weiter- oder Fortbildungen förderlich sein, da neue Aspekte in das berufliche und persönliche Handeln integriert werden können. Gerade der Umgang mit suizidalen Personen kann emotional belastend sein (*9.3. Geglättete Transkription des Interviews*, S. 586), daher ist es dringend notwendig auf die eigene Gesundheit zu achten (ebd., Z. 95 f.). Das umfasst auch die persönliche Entwicklung und die damit einhergehenden Prozesse (ebd., Z, 176 f.), sowie sich „abgrenzen zu können zu den Klienten“ (ebd., Z. 170 f.).

Es wurden bereits die drei Mandate des Tripelmandats in der Sozialen Arbeit erwähnt. Diese lassen sich auf die Suizidalität übertragen. Denn auch hier können der/die Klient/in, die Gesellschaft und die Profession einen Beitrag zum Umgang mit Suizidalität leisten.
Während die Klienten/Klientinnen Selbstfürsorge erlernen kann, braucht es die Aufmerksamkeit der Gesellschaft, um Suizidalität zu erkennen und die Profession der Sozialen Arbeit, um im akuten Fall präventiv fachlich handeln zu können.

Die Liste an möglichen Zielen und deren Bearbeitung könnte noch weitergeführt werden, aber letztendlich handelt es sich auch hier um individuelle Vereinbarung mit den Betroffenen.

6. REFLEXION

Die Ausarbeitung nach dem *Sechs-Schritt* wird nun formal abgeschlossen, in dem die erwähnten Aspekte reflektiert werden. Zudem sollen Anregungen für die Praxis gegeben werden, die sich aus den erarbeiteten Inhalten ergeben. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es bei Suizidalität wichtig ist, sich der betroffenen Person zuzuwenden und dieser ehrlich, respektvoll und authentisch zu begegnen.

Die Frage aus *1. Einleitung* (Aber wie kann eine Fachkraft damit umgehen, wenn man eine Person vor sich sitzen hat, die sein/ihr Leben nicht mehr für Lebenswert befindet?) wurde umfassend beantwortet: Eine Vielzahl von Antworten haben sich darauf finden lassen.

Die genannten Methoden sind lediglich ein Ausschnitt aus der beruflichen Praxis. Das Ziel dieser Arbeit ist nicht sämtliche Methoden aufzulisten, sondern die Soziale Arbeit, die Gestalttherapie und die Suizidalität miteinander in Verbindung zu setzen. Diese Zusammenführung kann anhand verschiedener Aspekte bestätigt und als sinnvoll erachtet werden (s. *5.2. Soziale Arbeit Gestalttherapie und Suizidalität*).

Ob die Ziele dieser Arbeit in der Praxis umgesetzt werden können, kann nicht nachgewiesen werden. Mit der vorliegenden Arbeit werden jedoch Erklärungen und Methoden aufgezeigt, die eine Umsetzung und Kontrolle der Durchführung ermöglichen. Überprüft werden kann das Erreichen der Ziele durch das Gespräch mit dem Klienten/der Klientin und das Protokollieren des Prozesses. Darauf wird noch einmal explizit verwiesen, denn im Fall eines Suizids kann die Dokumentation der geleisteten Arbeit nachgewiesen werden. Das kann für ein Gerichtsverfahren notwendig sein, aber auch für die Fachkraft, um eventuellen Schuldgefühlen entgegenwirken zu können. Gleichzeitig können dadurch Ansätze gesammelt werden, die bei Suizidalität hilfreich oder weniger hilfreich sind, so dass das methodische Handeln evaluiert und erweitert werden kann. Das Aufzeigen der Fortschritte in der Arbeit mit dem Klienten/der Klientin kann eben diese/n unterstützen, vor allem im Hinblick auf das ressourcenorientierte Arbeiten. Der/die Klient/in kann die Erfolge in seiner/ihrer Biografie verorten und als emotionale Unterstützung erleben.
Auch wenn man keinen konkreten Nachweis dafür erbringen kann, dass ein Suizid verhindert wurde, handelt es sich um einen Erfolg, wenn die betroffene Person noch am Leben ist.

Die Verhinderung eines Suizids ist allerdings nicht immer möglich und vermutlich mehr ein Ziel. Letztendlich ist der Respekt vor dem freien Willen einer Person entscheidend, also ob diese es für sinnvoll erachtet sich das Leben zu nehmen. Im Falle eines erfolgten Suizids stellt sich die Frage: Wie geht man mit einem Suizid um? Darauf eine ausführliche Antwort zu geben, ist an dieser Stelle nicht möglich, aber vermutlich kann auch hier die Akzeptanz ein hilfreiches Mittel sein. Denn es scheint, als würde diese verhindern in einer ausweglosen Situation zu verharren. Die Annahmen des Geschehenen kann es ermöglichen den eigenen Blick nach vorne zu richten.

In dem man das Tripelmandat auf die Suizidalität bezieht, kann es zur Reflexion herangezogen werden. Da es sich hier um allgemeine Anforderungen handelt, können Fragen zu den einzelnen Mandaten gestellt werden. Diese wurden in den Zielen bereits erwähnt, sollen aber noch einmal durch konkrete Fragen präzisiert werden:

- Klientel: Wird ausreichend auf die Bedarfe des Klienten/der Klientin eingegangen? Was ist das Ziel des Klienten/der Klientin? Ist der/die Klient/in in den Bearbeitungsprozess mit eingebunden? Beschreibt der/die Klient/in den Prozess als hilfreich?
- Gesellschaft: Wird in irgendeiner Weise Aufklärungsarbeit geleistet? Gibt es genügend Unterstützungsnetzwerke? Welche Hilfeangebote gibt es in der Nähe?
- Profession: Handelt es sich um ein professionelles Verhalten gegenüber den Klienten/Klientinnen? Gibt es eine partizipative Zielsetzung? Hat die Einrichtung ein sinnvolles Konzept zur Krisenbewältigung? Wie wird Selbstfürsorge und Reflexion praktiziert?

Diese Fragen sind nur eine Anregung und können weiterentwickelt, ergänzt und präzisiert werden.
Der Reflexionsprozess ist im Umgang mit Suizidalität unerlässlich, denn eine Fachkraft kann nur dann professionelle Hilfe leisten, wenn sie selbst gesund ist. Die Reflexion, als wichtiger Prozess in der Sozialen Arbeit, kann an dieser Stelle jedoch nur kurz aufgegriffen werden.

7. AUSBLICK

Wie bereits in *5.1.1. Ziele* erwähnt, soll diese Arbeit, und nicht nur das Interview, einen nachhaltigen Effekt haben. In der Reflexion wurde bereits einiges aufgegriffen. Trotzdem soll noch ein paar weiterführende Aspekte beleuchtet werden, wie mit Suizidalität in Zukunft umgegangen werden soll.

Die Soziale Arbeit versteht sich als allzuständige Hilfeinstanz für Menschen in prekären Lebenslagen. Wie können diese Menschen aber entsprechend unterstützt werden?
Vermutlich muss dafür doch eine Spezialisierung stattfinden. Wie bereits festgestellt wurde, gibt es eine Vielzahl an Methoden, die zum Teil unspezialisiert sind. Die Allzuständigkeit hat zwar den Vorteil, dass viele Problemfelder bekannt sind, jedoch ist eine genauere Betrachtung nur schwer möglich, da es sich eher um oberflächliche Informationen handelt. Tiefergehende Erkenntnisse können in Fortbildungen und bei Weiterbildungen gewonnen werden. Das ermöglicht, wie im Interview erwähnt, ein persönliches Wachstum und eine vielfältigere Methodenauswahl (*9.3. Geglättete Transkription des Interviews*, Z. 94 f.) die beim Ausdruck der „Innenwelt de[r] Klienten“ (ebd., Z. 594) unterstützen. Zudem ist es hilfreich ein professionelles Netzwerk zu schaffen, wodurch Betroffene schnell weitervermittelt werden können. Dadurch können Menschen erreicht werden, die sich womöglich die Frage stellen: „Ist da jemand, der mein Herz versteht? Und der mit mir bis ans Ende geht? Ist da jemand, der noch an mich glaubt?“ (Rebscher et. al. 2016)

Das Thema Tod und Sterben scheint in weiten Teilen der Gesellschaft tabuisiert oder zumindest heikel zu sein. Der Endlichkeit des Lebens gegenüberzustehen kann, je nach Weltvorstellung, beängstigend sein. Die Angst vor dem Tod kann dazu führen sich nicht der Not eines anderen anzunehmen und sich mit Selbsttötungen und der vorhergehenden Fantasien kritisch auseinanderzusetzen oder sie werden aufgrund der gesellschaftlichen Vorbehalte verschwiegen.
Eine konkrete Lösung kann die Akzeptanz dessen sein. Das Sterben gehört zum Leben, aber entscheidend ist, wie kann die Gegenwart lebenswert gestaltet werden?

8. LITERATURVERZEICHNIS

Abram, Antje; Hirzel, Daniela (2007): Fühlen erwünscht. Praxishandbuch für alle sozialen Berufe - mit 88 kreativen Übungen für verschiedene Zielgruppen und Symptomatiken. 1. Aufl. Paderborn: Junfermann (Coaching fürs Leben).

Bier, Volker; Plöger, Stefan (2009): Religiöse und ethische Fragen. In: Evangelisch Konferenz für TelefonSeelsorge und Offene Tür e.V (Hg.): Niemand bringt sich gerne um. Handbuch für die Suizidprävention in der TelefonSeelsorge. Handbuch Suizidprävention. Ahrweiler: Warlich Druck.

Brockhaus Enzyklopädie Online (2021): NE GmbH | Brockhaus.

Bundesland Bayern (05.04.1992): Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker und deren Betreuung. UnterbrG, vom 20.07.2011. Online verfügbar unter https://www.justiz.bayern.de/media/images/behoerden-und-gerichte/bayerisches_unterbringungsgesetz.pdf, zuletzt geprüft am 25.10.2021.

Bundesrepublik Deutschland (13.10.1998): Strafgesetzbuch, StGB, vom 21.12.2020. In: Nomos (Hg.): Gesetze für die Soziale Arbeit. Textsammlung. Baden-Baden: Nomos (NomosGesetze).

Bundesrepublik Deutschland (23.05.1949): Grundgesetz, GG, vom 29.09.2020. In: Nomos (Hg.): Gesetze für die Soziale Arbeit. Textsammlung. Baden-Baden: Nomos (NomosGesetze).

DBK (08.2016): Häufige Themen bei den Anrufen bei der Telefonseelsorge in Deutschland in den Jahren 2015 und 2016. Deutschland. DBK. Online verfügbar unter https://de-statista-com.evhn.idm.oclc.org/statistik/daten/studie/36655/umfrage/anteil-der-themen-bei-den-anrufen-der-telefon-seelsorge-in-deutschland/, zuletzt geprüft am 05.10.2021.

DBSH (Hg.) (2016): Deutschsprachige Definition Sozialer Arbeit des Fachbereichstag Soziale Arbeit und DBSH. Online verfügbar unter https://www.dbsh.de/media/dbsh-www/redaktionell/bilder/Profession/20161114_Dt_Def_Sozialer_Arbeit_FBTS_DBSH_01.pdf.

Evangelisch Konferenz für TelefonSeelsorge und Offene Tür e.V (Hg.) (2009): Niemand bringt sich gerne um. Handbuch für die Suizidprävention in der TelefonSeelsorge. Handbuch Suizidprävention. TelefonSeelsorge. Ahrweiler: Warlich Druck. Online verfügbar unter https://www.telefonseelsorge.de/wp-content/uploads/2020/05/Handbuch-Suizidpraevention.pdf, zuletzt geprüft am 05.10.2021.

Faltermaier, Prof. em. Dr. i.R. Toni; Dr. Dietrich, Rebecca (2016): Kohärenzgefühl. In: Hogrefe AG (Hg.): Dorsch. Lexikon der Psychologie. Unter Mitarbeit von Markus Antonius Wirtz. Bern. Online verfügbar unter https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/kohaerenzgefuehl#search=cd46397290233ecec56118526adefc7b&offset=0, zuletzt geprüft am 24.11.2021.

Fitzek, Herbert (2014): Gestaltpsychologie kompakt. Grundlinien einer Psychologie für die Praxis. Wiesbaden: Springer VS (essentials).

Franzkowiak, Peter; Kuhn, Annemarie (2009): Soziale Arbeit und Gesundheit. Hg. v. basa online. Online verfügbar unter https://www.hs-koblenz.de/fileadmin/media/profiles/sozialwissenschaften/franzkow/franzkowiak_kuhn_2009_Studienbrief_SozArb_und_Gesh__basa_o16_.pdf, zuletzt geprüft am 02.09.2021.

Freier, Caroline (2020): Lehrveranstaltung: Qualitative Sozialforschung. Transkriptionsregeln. EVHN, 09.11.2020, zuletzt geprüft am 13.11.2021.

Fuhr, Reinhard; Sreckovic, Milan; Gremmler-Fuhr, Martina (Hg.) (1999): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen, Bern: Hogrefe Verl. für Psychologie.

Galuske, Michael (2011): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 9., erg. Aufl. Weinheim, München: Juventa-Verl. (Grundlagentexte Sozialpädagogik, Sozialarbeit).

Gerngroß, Johanna (Hg.) (2015): Notfallpsychologie und psychologisches Krisenmanagement. Hilfe und Beratung auf individueller und organisationeller Ebene. 1. Aufl. s.l.: Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften.

Gerngroß, Johanna (Hg.) (2020): Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Stuttgart: Schattauer.

Gerngroß, Johanna (2015): Grundlagen der Psychotraumatologie und Notfallpsychologie sowie des psychologischen Krisenmanagements. In: Johanna Gerngroß (Hg.): Notfallpsychologie und psychologisches Krisenmanagement. Hilfe und Beratung auf individueller und organisationeller Ebene. 1. Aufl. s.l.: Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften, S. 1–48.

Gerngroß, Johanna (2020a): Einführung in die Suizidprävention. In: Johanna Gerngroß (Hg.): Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Stuttgart: Schattauer, S. 1–13.

Gerngroß, Johanna (2020b): Grundlagen zu Suizidalität und Suizid. In: Johanna Gerngroß (Hg.): Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Stuttgart: Schattauer, S. 14–60.

Gottwald, Christian (2008): Körpertherapie auf dem Boden von potenzialentfaltender Getstalttherapie. In: Lotte Hartmann-Kottek (Hg.): Gestalttherapie. 2., aktualisierte und erw. Aufl. Heidelberg: Springer, S. 234–243.

Gremmler-Fuhr, Martina (1999): Grundkonzepte und Methoden der Gestalttherapie. In: Reinhard Fuhr, Milan Sreckovic und Martina Gremmler-Fuhr (Hg.): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen, Bern: Hogrefe Verl. für Psychologie, S. 345–392.

Hartmann-Kottek, Lotte (Hg.) (2008): Gestalttherapie. 2., aktualisierte und erw. Aufl. Heidelberg: Springer.

Hochgerner, Markus; Hoffmann-Widhalm, Herta; Nausner, Liselotte; Wildberger, Elisabeth (Hg.) (2018): Gestalttherapie. FACULTAS Verlags- und Buchhandels-AG. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wien: Facultas.

Hogrefe AG (Hg.) (2016): Dorsch. Lexikon der Psychologie. Unter Mitarbeit von Markus Antonius Wirtz. Bern.

Hutter-Krisch, Renate (2018): Zur Krisenintervention im psychiatrischen Bereich. In: Markus Hochgerner, Herta Hoffmann-Widhalm, Liselotte Nausner und Elisabeth Wildberger (Hg.): Gestalttherapie. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wien: Facultas, 839-.

König, Joachim (Hg.) (2016): Praxisforschung in der Sozialen Arbeit. Ein Lehr- und Arbeitsbuch. Unter Mitarbeit von Monika Chilla, Anne-Sophie Köhler, Dietmar Maschke, Sebastian Ottmann und Karl-Hermann Rechberg. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer (Grundwissen Soziale Arbeit, Band 18).

König, Joachim (2016a): Praxisforschung in zwölf Arbeitsschritten: Handlungswissen im Überblick. In: Joachim König (Hg.): Praxisforschung in der Sozialen Arbeit. Ein Lehr- und Arbeitsbuch. Unter Mitarbeit von Monika Chilla, Anne-Sophie Köhler, Dietmar Maschke, Sebastian Ottmann und Karl-Hermann Rechberg. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer (Grundwissen Soziale Arbeit, Band 18), S. 29–92.

König, Joachim (2016b): Untersuchung von Einzelfällen. In: Joachim König (Hg.): Praxisforschung in der Sozialen Arbeit. Ein Lehr- und Arbeitsbuch. Unter Mitarbeit von Monika Chilla, Anne-Sophie Köhler, Dietmar Maschke, Sebastian Ottmann und Karl-Hermann Rechberg. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer (Grundwissen Soziale Arbeit, Band 18), S. 149–155.

Linden, Christopher; Wiese, Heidrun (2009): Basisfragen. In: Evangelisch Konferenz für TelefonSeelsorge und Offene Tür e.V (Hg.): Niemand bringt sich gerne um. Handbuch für die Suizidprävention in der TelefonSeelsorge. Handbuch Suizidprävention. Ahrweiler: Warlich Druck, S. 10–31.

Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz (Beltz Pädagogik).

NE GmbH Brockhaus (2021): Risikofaktoren (Medizin). In: Brockhaus Enzyklopädie Online: NE GmbH | Brockhaus. Online verfügbar unter https://brockhaus-de.evhn.idm.oclc.org/ecs/permalink/3E1E258EC09738C17F390DDC4FF85EEA.pdf.

Nomos (Hg.) (2022): Gesetze für die Soziale Arbeit. Textsammlung. Deutschland; Nomos Verlagsgesellschaft. 11. Auflage. Baden-Baden: Nomos (NomosGesetze).

Oaklander, Violet (2009): Verborgene Schätze heben. Wege in die innere Welt von Kindern und Jugendlichen. Zweite Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta (Konzepte der Humanwissenschaften).

Paulick, Christian (2019): Ressourcenorientierung. Hg. v. socialnet. Das Netzwerk für Sozialwirtschaft. Bonn. Online verfügbar unter https://www.socialnet.de/lexikon/Ressourcenorientierung, zuletzt aktualisiert am 01.04.2019, zuletzt geprüft am 24.11.2021.

Rebscher, Nicolas; Tawil, Adel; Triebel, Simon; Zuckowski, Ali (2017): Ist da jemand Songtext. Online verfügbar unter https://www.songtexte.com/songtext/adel-tawil/ist-da-jemand-g73f4c2ad.html, zuletzt geprüft am 29.11.2021.

Rechberg, Karl-Hermann (2016): Narratives Interview und Leitfadeninterviews. In: Joachim König (Hg.): Praxisforschung in der Sozialen Arbeit. Ein Lehr- und Arbeitsbuch, 117-43. Unter Mitarbeit von Monika Chilla, Anne-Sophie Köhler, Dietmar Maschke, Sebastian Ottmann und Karl-Hermann Rechberg. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer (Grundwissen Soziale Arbeit, Band 18).

Rechberg, Karl-Hermann (2016): Qualitative Datenauswertung: Anwendungswissen. In: Joachim König (Hg.): Praxisforschung in der Sozialen Arbeit. Ein Lehr- und Arbeitsbuch. Unter Mitarbeit von Monika Chilla, Anne-Sophie Köhler, Dietmar Maschke, Sebastian Ottmann und Karl-Hermann Rechberg. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer (Grundwissen Soziale Arbeit, Band 18), S. 257–274.

Scheibler, Petra: Qualitative Inhaltsanalyse Teil 1 von 2. Online verfügbar unter https://studi-lektor.de/tipps/qualitative-forschung/qualitative-inhaltsanalyse.html, zuletzt geprüft am 24.11.2021.

Smoliner, Hans: Einführung in die Krisenberatung und Krisenbegleitung Teil I. Umgang mit Krisensituationen in der Schule. Unterlagen für Hochschullehrgang für SchülerberaterInnen an höheren Schulen. Online verfügbar unter https://www.schulpsychologie.at/schuelerberatung/lehrgang/M5-krisenberatung_I.pdf, zuletzt geprüft am 06.10.2021.

Soff, Marianne (2018): Gestalttheorie und Feldtheorie. In: Markus Hochgerner, Herta Hoffmann-Widhalm, Liselotte Nausner und Elisabeth Wildberger (Hg.): Gestalttherapie. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wien: Facultas, S. 13–43.

Spiegel, Hiltrud von (2018): Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Arbeitshilfen für die Praxis. Unter Mitarbeit von Benedikt Sturzenhecker. 6., durchgesehene Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag (UTB Soziale Arbeit, 8277).

Statistisches Bundesamt (2019): Anzahl der Sterbefälle durch Suizid in Deutschland nach Altersgruppe und Geschlecht im Jahr 2019. Deutschland. Statistisches Bundesamt. Online verfügbar unter https://de-statista-com.evhn.idm.oclc.org/statistik/daten/studie/318292/umfrage/anzahl-der-sterbefaelle-durch-suizid-in-deutschland-nach-altersgruppe-und-geschlecht/, zuletzt geprüft am 29.09.2021.

Statistisches Bundesamt (2021a): Anzahl der Sterbefälle durch Suizid unter Frauen in Deutschland nach Art der Methode in den Jahren 2000 bis 2019. Deutschland. Statistisches Bundesamt. Online verfügbar unter https://de-statista-com.evhn.idm.oclc.org/statistik/daten/studie/318441/umfrage/anzahl-der-sterbefaelle-durch-suizid-unter-frauen-in-deutschland-nach-art-der-methode/, zuletzt geprüft am 05.10.2021.

Statistisches Bundesamt (2021b): Anzahl der Sterbefälle durch Suizid in Deutschland nach Art der Methode in den Jahren 2015 bis 2019. Suizid in Deutschland nach Selbstmordmethode bis 2019. Deutschland. Statistisches Bundesamt. Online verfügbar unter https://de-statista-com.evhn.idm.oclc.org/statistik/daten/studie/585/umfrage/selbstmordmethoden-in-deutschland-2006/, zuletzt geprüft am 05.10.2021.

Statistisches Bundesamt (2021c): Anzahl der Sterbefälle durch Suizid unter Männern in Deutschland nach Art der Methode in den Jahren 2000 bis 2019. Deutschland. Statistisches Bundesamt. Online verfügbar unter https://de-statista-com.evhn.idm.oclc.org/statistik/daten/studie/318434/umfrage/anzahl-der-sterbefaelle-durch-suizid-unter-maennern-in-deutschland-nach-art-der-methode/, zuletzt geprüft am 05.10.2021.

Statistisches Bundesamt (2021d): Anzahl der Sterbefälle durch vorsätzliche Selbstbeschädigung (Suizide) in Deutschland in den Jahren von 1980 bis 2019. Anzahl der Selbstmorde in Deutschland bis 2019. Deutschland. Statistisches Bundesamt. Online verfügbar unter https://de-statista-com.evhn.idm.oclc.org/statistik/daten/studie/583/umfrage/sterbefaelle-durch-vorsaetzliche-selbstbeschaedigung/, zuletzt geprüft am 29.09.2021.

Statistisches Bundesamt (2021e): Anzahl der Suizide in Deutschland im Vergleich zu ausgewählten Todesursachen in den Jahren 2012 bis 2019. Anzahl der Suizide in Deutschland im Vergleich zu ausgewählten Todesursachen bis 2019. Deutschland. Statistisches Bundesamt. Online verfügbar unter https://de-statista-com.evhn.idm.oclc.org/statistik/daten/studie/318378/umfrage/anzahl-der-suizide-in-deutschland-im-vergleich-zu-ausgewaehlten-todesursachen/, zuletzt geprüft am 29.09.2021.

Staub-Bernasconi, Silvia (2006): Soziale Arbeit: Dienstleistung oder Menschenrechtsprofession? Zum Selbstverständnis Sozialer Arbeit in Deutschland mit einem Seitenblick auf die internationale Diskussionslandschaft. Zürich. Online verfügbar unter https://www.uni-siegen.de/zpe/projekte/menschenrechte/staubbethiklexikonutb.pdf, zuletzt aktualisiert am 25.12.2006, zuletzt geprüft am 24.11.2021.

Strümpfel, Uwe (2008): Forschungsstand der Gestalttherapie. In: Lotte Hartmann-Kottek (Hg.): Gestalttherapie. 2., aktualisierte und erw. Aufl. Heidelberg: Springer.

Suizidalität (2016). In: Hogrefe AG (Hg.): Dorsch. Lexikon der Psychologie. Unter Mitarbeit von Markus Antonius Wirtz. Bern. Online verfügbar unter https://dorsch-hogrefe-com.evhn.idm.oclc.org/stichwort/suizidalitaet#search=c7967f31436a639969cbf92987198fef&offset=0, zuletzt geprüft am 23.10.2021.

Teismann, Tobias; Dorrmann, Wolfram (2014): Suizidalität. Göttingen, Bern, Wien, Paris: Hogrefe (Fortschritte der Psychotherapie, Band 54).

Thiersch, Hans; Grunwald, Klaus; Köngeter, Stefan (2012): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In: W. Thole (Hg.): Grundriss Soziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 175–196.

Thole, W. (Hg.) (2012): Grundriss Soziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Warner, Prof. Dr. Lisa Marie (2016a): Resilienz. In: Hogrefe AG (Hg.): Dorsch. Lexikon der Psychologie. Unter Mitarbeit von Markus Antonius Wirtz. Bern. Online verfügbar unter https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/resilienz, zuletzt geprüft am 20.11.2021.

Warner, Prof. Dr. Lisa Marie (2016b): Selbstwirksamkeitserwartung. In: Hogrefe AG (Hg.): Dorsch. Lexikon der Psychologie. Unter Mitarbeit von Markus Antonius Wirtz. Bern. Online verfügbar unter https://dorsch-hogrefe-com.evhn.idm.oclc.org/stichwort/selbstwirksamkeitserwartung, zuletzt geprüft am 20.11.2021.

Wolfersdorf, Manfred (2008): Suizidalität. In: *Der Nervenarzt* (11), S. 1319–1336. Online verfügbar unter https://link-springer-com.evhn.idm.oclc.org/content/pdf/10.1007/s00115-008-2478-2.pdf, zuletzt geprüft am 29.09.2021.

9. ANHANG

9.1. INTERVIEWLEITFADEN

1. Begrüßung - Erklärungen
2. Einführung – Berufsbiografie
    - Erzählen Sie doch ein bisschen was über Ihre Berufsbiografie.
        - Was hat Sie dazu bewogen eine Ausbildung zur Gestalttherapeutin zu machen?
        - Mit welchem Klientel arbeiten Sie derzeit?
3. Hauptteil – Gestalttherapie und psychische Krisen
    - Wie hilft Ihnen ihre Ausbildung zur Gestalttherapeutin in der Arbeit mit Ihren Klienten und Klientinnen?
        - Was für Vorteile hat die Arbeitsweise der Gestalttherapie in Ihrem Arbeitsfeld?
    - Wie gehen Sie mit der psychischen Krise eines Klienten/ einer Klientin um? Inwieweit kommt hier die Gestalttherapie zum Tragen?
        - Welche langfristigen und kurzfristigen Interventionen gibt es?
        - Welche Methoden nutzen Sie konkret?
        - Wie gestalten Sie den Beziehungsaufbau?
    - Haben Sie die Gestalttherapie angewendet, um einen Suizidversuches zu verhindern?
        - Wie haben Sie das gemacht?
    - Setzen Sie die Gestalttherapie ein, um einen Suizid präventiv zu bearbeiten?
        - Wie machen Sie das konkret?
4. Abschluss – Diskussion/ persönliche Einschätzung?
    - Wie gut oder auch schlecht kann man die Sozialen Arbeit und die Gestalttherapie kombinieren?
        - Wie ergänzen sich die beiden Felder?
        - Wo gibt es Konflikte?
        - Welche Methoden sind für die Arbeit mit Suizidgefährdeten ungeeignet?
    - Möchten Sie abschließend noch etwas loswerden?

9.2. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR TEILNAHME AN DER BEFRAGUNG

Allgemeines:

Das Interview zum Thema „Wie kann die Suizidalität mit gestalttherapeutischen Mitteln in der Sozialen Arbeit bearbeitet werden?“ wird im Rahmen der Erreichung des Bachelor of Arts von Marit Dürr durchgeführt.

Ablauf der Befragung:

Im Interview werden Sie gebeten, Ihre persönliche Einschätzung und Erfahrungen mit dem oben genannten Thema abzugeben. Das Gespräch wird ungefähr eine bis eineinhalb Stunden in Anspruch nehmen.

Das Gespräch wird nach Ihrer Zustimmung aufgenommen. Alle Daten die Rückschlüsse auf Ihre Person ermöglichen werden bei der Transkription anonymisiert. Die Transkription wird nicht an dritte weitergeben und die Nutzung erfolgt ausschließlich im Rahmen der Bachelorarbeit. Eine Löschung der Daten erfolgt nach Ablauf der Benotungsfrist Anfang März 2022.

Freiwilligkeit:

Ihre Teilnahme an dieser Befragung ist freiwillig. Es steht Ihnen zu jedem Zeitpunkt der frei, Ihre Teilnahme abzubrechen, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen.

Fragen:

Falls Sie Fragen zu der Befragung haben sollten, können Sie mich über die E-Mail-Adresse erreichen: [redacted]

Hiermit erkläre ich mich mit den oben beschriebenen Bedingungen einverstanden.

_____

Vorname, Nachname

_____

Ort, Datum Unterschrift

9.3. GEGLÄTTETE TRANSKRIPTION DES INTERVIEWS

I: Interviewerin; IP: Interviewpartnerin

I: Erzählen Sie doch bitte ein bisschen was über Ihre Berufsbiografie.

IP: Okay. Also ich habe studiert in Jena. Oh Gott. 93. Das heißt es war so kurz nach der Wende, ich bin auch in der DDR aufgewachsen und wir waren so der Jahrgang als die Fachhochschule neu gegründet wurde. Das heißt da war vieles im Umbruch, vieles im Aufbruch und es war eine sehr spannende Zeit. Und ich habe damals schon den Schwerpunkt gehabt, im Studium, Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe, weil es mich irgendwie dahingezogen hat und weil der Professor einfach gut war, der das Angeboten hat. Und ich das Gefühl hatte, da kann ich viel mitnehmen und viel lernen. Und hab dann mein Praktikum in Suchtkrankenbereich gemacht, das war ja ein Jahrespraktikum. Ein halbes Jahr auf einer Station für Menschen, die im Krankenhaus waren zu einer Entgiftung und ein halbes Jahr in einer Suchtberatungsstelle. Und über die Suchtberatungsstelle habe ich dann auch meinen ersten Job bekommen, weil sich da die waren, untereinander vernetzt und ich habe dann praktisch mein Diplom gehabt und war auf Stellensuche und habe dann zwei Jahre lang in einer Suchtberatungsstelle gearbeitet. Mit angegliedertem betreutem Wohnen, mit damals zwölf Plätzen. Genau. War dann zwei Jahr im Ausland. In Namibia. Weil ich das zu Studienzeiten irgendwie nicht gemacht habe und das Gefühl hatte, ich muss nochmal woanders hinschauen so. Bin dann wiedergekommen und war ein bisschen planlos, was ich machen will. Wusste aber ich will auf jeden Fall mit erwachsenen Menschen arbeiten und in der Beratung arbeiten. Habe dann eine Stelle gesehen bei der Stadtmission [redacted]. Im Bereich Beratung Begleitung von Menschen die HIV-Positiv sind. Und hab dort, ja, ich glaube anderthalb Jahr gearbeitet und hab viel mit Asylbewerbern zu tun gehabt. Weil damals und jetzt ist es noch so, dass in Bayern alle Asylbewerber auf HIV getestet werden. Egal ob sie wollen oder nicht, dass wird einfach so gemacht. Und dadurch hatten wir ein großen Anteil der Klienten, die aus anderen Ländern gekommen sind zu der Zeit. Und das hat mir auch viel Spaß gemacht, weil, sag ich mal, der Kontakt mit Menschen aus anderen Kulturen, das finde ich einfach sehr sehr spannend. Und ich wurde aber damals dann versetzt in eine andere Stelle. Weil die Stelle, auf der ich war, war eine Elternzeitstelle, eine Projektstelle, die nicht weiter finanziert wurde und dadurch mein Arbeitsvertrag zwar noch länger ging, aber die Stelle auf der ich war eigentlich nicht mehr finanziert wurde. Und ich bin dann gelandet im betreuten Wohnen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Von der Stadtmission. Und war erstmal ein bisschen

unglücklich, muss ich sagen, weil. Ich glaube das Gefühl, wenn man so versetzt wird (schmunzeln) nicht so die. Also ich hatte das Gefühl mit mir wird was gemacht. Ich habe natürlich schon gewählt, also ich habe natürlich gesagt: „Ja ich mach das jetzt. Ich möchte das machen.“ Aber nicht aus vollem Herzen, sag ich mal. Und im Nachhinein war es denke ich ein Glücksfall, weil manchmal das Leben so ist, dass man irgendwas machen muss oder in Situationen reinkommt die vielleicht erstmal nicht so prickelnd sind und im Nachhinein sich aber rausstellt, dass es doch ganz, ganz gut ist. Und mache das jetzt echt schon, ich glaube, 18 Jahre. Ich bin immer wieder erstaunt wie lang und wie schnell die Zeit vergeht überhaupt. Genau. In dem Bereich war es dann so, dass ich gemerkt habe, dass man sehr sehr eng mit Menschen zusammenarbeitet. Weil wir sehr, ich sag mal lebensnah arbeiten. Also Begleitungen, Hausbesuche, Krisenintervention und. Ich da sehr nah am, also wir sind sehr sehr nah an den Menschen dran. Wie ich finde näher als Psychotherapeuten, die die Klienten nur einmal in der Woche sehen, für eine dreiviertel Stunde und dann auch nur in einem Setting, was ganz ganz anders ist. Genau. Das so zu meinen Arbeitsstellen. Genau. Also interessiert hat mich dann also schon immer so die interkulturellen Aspekte auch die Arbeit in der Aids-Beratung, durch auch die der Aufenthalt in Namibia und. Ich bin dann halt bei der Gestalttherapie auch gelandet. Also so viel vielleicht zur Berufsbiografie erstmal. Genau.

I: Vielen Dank. Was hat Sie den dazu bewogen Gestalttherapeutin zu werden oder zu machen?

IP: Also bewogen hat mich eigentliche dazu meine persönliche Erfahrung mit der Therapie. Das heißt in der Zeit dann, als ich so zwei Jahr dort gearbeitet habe, kamen verschiedene private Sachen, die sehr herausfordernd waren und ich dadurch auch einfach krankgeworden bin. Also viel viel Stress und ich hatte dann das Gefühl, das mein Körper mir sagt: „Jetzt ist mal Schluss.“ Und ich war dann krankgeschrieben mit hohem Blutdruck, so psychosomatischen Geschichten. Und hab in meiner Arbeit immer schon und sonst könnte ich die Arbeit glaub ich nicht machen, Kollegen gehabt, die sehr sehr kollegial waren, sehr stützend, tragend, wenn es anderen Kollegen nicht so gut geht. Und ich hatte insbesondere zwei Kolleginnen, die auch älter sind als ich. Die haben eine gestalttherapeutische Ausbildung gemacht. Und die eine hat gemeint: „Vielleicht würde es dir helfen auch eine Therapie zu machen.“ Sie kennt da eben einen Therapeuten und ich habe dann für mich selber eine Therapie begonnen, bei einem Psychologen, der auch Gestalttherapeut ist. Und habe sozusagen am eigenen Leib erfahren, wie es ist in der Klientenrolle zu sein und diese Therapieform sozusagen selbst erlebt. Genau. Und der Psychologe ist gleichzeitig auch Ausbildungsleiter gewesen, der auch Gestalttherapeuten

ausbildet und im Laufe der Therapie war das eben ein Aspekt, ob ich nicht da in die Richtung was machen möchte. Was mir dann auch sehr entgegenkam, weil das eine waren schon so private Geschichten, die einfach dazu geführt haben, dass sich verschiedene Sachen so gehäuft haben oder das mir nicht gut ging oder dass ich das Gefühl hatte, ich habe so viel Stress auch. Und das andere war schon auch der Aspekt der Arbeit und das Gefühl. Also ich finde psychische Erkrankungen sind etwas, das ist so multifaktoriell. Also es gibt nicht eine Ursache und dann hat man das und das, sondern es gibt so viele verschiedene Aspekte und mich treiben immer Sachen sehr um. Ich mache mir auch viel Gedanken, warum werden Menschen krank? Warum keine Ahnung. Ich bin glaube ich so ein bisschen eine Grüblerin oder ein Mensch, der Dingen auf den Grund gehen möchte. Und manche Sachen haben mich da so stutzig gemacht, also einmal warum ist es in unserer Gesellschaft so, dass so viele Menschen psychisch krank sind, obwohl es uns eigentlich gut geht von den äußeren Bedingungen her? Was sicher damit zusammenhängt, dadurch das ich in Namibia war, dadurch, dass ich viel mit Asylbewerbern zu tun hatte, die so ganz existenzielle Probleme hatten. Wo es wirklich so ging über Leben oder nicht. Oder in Namibia hatte ich Kontakt mit zu einer katholischen Schwester, die Sozialarbeit gemacht hat und dann eben auch in Wohngebieten unterwegs war, wo die Leute wirklich in Wellblechhütten auch gelebt haben und sowas. Ich war dann manchmal so verblüfft, wieso Menschen hier so krankwerden oder so stolpern, obwohl eigentlich objektiv betrachtet alles da ist. Wir verhungern nicht, wir haben Hilfssysteme, es geht nicht an die richtige Existenz sag ich mal, dass es darum geht um Leben und Tod (I: Mh.). Wobei ich im Nachhinein sagen muss, das diese Erfahrung, die ich gemacht habe, obwohl es mir gut geht, ging also objektiv, bin ich trotzdem in einen Prozess reingekommen, in dem ich das Gefühl hatte, es ist mir alles zu viel, dass ist zu viel Stress. Ich habe Ängste bekommen und das war wiederum auch wieder was, was mir mehr Verständnis gegeben hat für die Klienten. (I: Mh.) Weil ich war im Grunde in derselben Situation, jetzt nicht in so einem Ausmaß, dass ich jetzt in die Klinik musste oder irgend sowas. Aber ich war in derselben Situation, dass ich objektiv betrachtet, war alles gut, es ist auch alles gut geworden, also diese Gedanken, die waren eigentlich nicht wirklich. Es waren viele Gedanken dabei, die sich nicht bewahrheitet haben, (I: Mh.) also Ängste oder sowas. Es ist alles gut geworden (lachen). Aber mir ging es ungefähr genauso wie den Klienten, dass ich mir viele Gedanken macht habe, um Dinge, die eigentlich nicht so notwendig gewesen wären irgendwie. Genau. Das war so der Anstoß für die Ausbildung. (I: Mh.) Um mich besser kennenzulernen, um mehr Methoden zu lernen, einfach auch ein Stück zu wachsen auch. Und gut arbeiten zu können und gesund zu bleiben bei der Arbeit.

I: Sie haben schon ganz kurz das Klientel angesprochen. Können Sie vielleicht ganz kurz noch was zu Ihrem Arbeitsfeld sagen.

IP: Also wir begleiten Menschen mit psychischen Erkrankungen, das ist sozusagen die Eintrittskarte, um bei uns begleitet zu werden. Und, das sind Menschen von achtzehn bis achtzig Jahren, mit allen möglichen Diagnosen, die man sich vorstellen kann, zum Teil auch gekoppelt mit anderen Erkrankungen. Und was sich glaube ich auch geändert hat in den letzten Jahren ist, dass die Diagnosen sehr geballt vorkommen, also das Klienten kommen und bringen gleich so eine ganze Latte an Diagnosen mit. Und sind nicht jetzt rein, haben jetzt nicht nur sage ich mal eine Psychose, sondern viel haben noch PTBS dazu oder Angststörungen oder ja irgendwas mit dazu. (I: Mh.) Einmal glaube ich, dass das widerspiegelt, das Sachen sich vermischen, ineinander übergehen, Symptome. Es ist manchmal ein bisschen Zeitgeist geschuldet, also eine Zeitlang war Borderline sehr im Fokus der Forschung und sowas. Da denke ich haben viele Klienten vielleicht auch mehr diese Diagnose bekommen. Momentan ist es so, dass wir viele Klienten haben mit Trauma, Traumafolgestörungen. Wobei mittlerweile glaube ich, dass jeder Klient, der zu uns kommt in irgendeiner Weise ein Trauma hat. Ich denke Trauma liegt dem Ganzen zu Grunde. Genau und es liegt auch daran, dass es. Je mehr Diagnosen desto länger können sie auch in Kliniken behandelt werden. (I: Mh.) Also ich denke manchmal ist es auch eine Diagnose noch zu bekommen, dass das eine Begründung ist auch für die Krankenkassen, um Menschen auch länger behandeln zu können. Weil eigentlich die strukturellen Bedingungen sich so verändert haben, dass es nicht mehr endlos möglich ist, das und immer wieder Begründungen notwendig sind, warum jemand noch länger bleiben muss und eine Behandlung noch länger braucht. Genau. Also das ist so das Klientel von Menschen, die nur einmal in der Woche kommen für ein Beratungsgespräch, sehr reflektiert auch sind einfach, Ziele sehr gezielt verfolgen. Es gibt Menschen die wirklich, sag ich mal, chronisch krank sind, wo es spürbar ist, sichtbar ist, dass sie krank sind und dann auch eine intensivere Begleitung brauchen. Wo das Ziel dann auch ist, dass das Level so bleibt und nicht das sie irgendwann mal ganz ganz selbstständig leben (I: Mh) oder die Erkrankung einfach so ist wie sie ist. Oder auch Klienten die sich. Ich hatte mal eine Klientin, die war super interessant. Sie hatte immer das Gefühl gehabt, sie kommt von einem anderen Planeten und ist hier nur zu Gast auf Erden und. Hatte damals, das war ganz am Anfang, zu mir, am Anfang auch in dem Arbeitsbereich. Die Wohnung war sehr, ja, wie soll ich sagen, viele Sachen standen rum und sie hatte dann auch immer Ideen, was sie machen kann. Und ich mit meinem sozialarbeiterischen Enthusiasmus, habe gedacht: „Na gut, dann machen wir das eben so.“

Wollte dann immergleich mit ihr zusammen, was anpacken, aber sie wollte das gar nicht so richtig. Also sie wollte eigentlich schon in ihrem Umfeld so leben. Hat mich dann auch, wie soll ich denn sagen, wir hatten dann auch einen Konflikt, wo wir das Ganz so ein bisschen ausgekattet habe, wie wir miteinander umgehen. Und das Ganze war dann eigentlich so eine Begleitung mehr. In der Wohnung haben wir nicht viel gemacht, das heißt es ist alles so geblieben. Es war jetzt manchmal schon ein bisschen grenzwertig, aber immer, wenn ich zur gekommen bin, hat sie zumindest einen Teil vom Tisch schön sauber gemacht, ich habe ein sauberes Glas bekommen, ich habe ein Wasser bekommen. Und wir haben eigentlich eine Stunde geredet, ab und zu war mal eine Begleitung dabei, aber eigentlich war ich nur da. Und das allein war aber was für sie. Ihr war es ganz wichtig, dass sie nicht in ein Heim kommt, also dass sie, dass ihr nicht ihre Autonomie genommen wird und ihr war es. Sie ist ab und zu in die Klinik gekommen, weil sie immer wieder starke Psychosen hatte und ich mit. Ich sag mal wir hatten so ein Notfallnetz, wenn ich kein Kontakt bekommen habe zu ihr, das oder ihre Mutter keinen Kontakt bekommen hat zu ihr, dass wir dann die Betreuerin informiert haben und dann wirklich mit Polizei auch rein sind, weil sie wirklich in einer anderen Welt dann gewesen ist, dass sie dann wirklich mit Pauken und Trompeten auch oft abgeholt werden musste. Aber das war so ihr Leben, also sie hat sich dann immer wieder so erholt in der Klinik, ist dann wieder, ja ihren Hobbies auch nachgegangen. Sie war sehr kreativ, sie hat Gedichte geschrieben, sie hat gerne getanzt. Sie ist immer in so Dark-Wave-Discos gegangen mit fünfzig Jahren und war da wirklich, hat da so einen Teil ausgelebt in ihr (schmunzelt), der einfach, was erleben wollte. Und das war so die Begleitung von ihr. Also, da ging es nicht so drum, jetzt dass sie irgendwie die Wohnung jetzt dann ganz ordentlich wird oder sie vielleicht eine Arbeit oder eine Werkstatt geht, sondern einfach sie ein Stück so sein zu lassen und gleichzeitig da zu sein, wenn eine Krise kommt. Und das war für mich auch so ein Lernprozess, jemanden so sein zu lassen, ohne da zum Enthusiasmus zu entwickeln, da was verändern zu müssen und. Ja. Weil das ist so eine Klientin die ist mir immer noch im Kopf geblieben. (I: Mh.) Die ist mittlerweile leider verstorben. Die ist dann ins Krankenhaus gekommen, weil sich, die hat auch so körperliche Probleme. Und ist dann recht plötzlich auch verstorben. Wobei, es auch denke ich auch für sie gut so war, weil sie, wenn sie überlebt hätte, ein Pflegefall geworden wäre und das wäre das schlimmste gewesen, was ihr passieren kann. Also ich glaube, wenn sie hilflos irgendwo in einem Pflegeheim gewesen wäre, das wäre, glaube ich, die Hölle für sie gewesen, wie ich sie kennengelernt habe, von daher gehe ich davon aus, dass sie jetzt auf ihrem Planeten irgendwo sitzt und hoffentlich (lacht) jetzt zufrieden ist. Ja, die war echt cool die Frau, die hat mich sehr gemocht und sie mich auch. Das war echt eine, also von ihr habe ich auch viel gelernt. (I: Mh.)

Deswegen, glaub ich, ist sie mir auch so im Gedächtnis, weil manche Klienten, die sind dann irgendwie weg und man denkt sich: „Hä. Wer war das nochmal und so?“ Wenn ich den Namen sehe. Aber sie war jemand, also sie war echt so eine schillernde Person, auch wie sie aufgetreten ist, sie ist mir einfach hängen geblieben. Genau.

I: Vielen Dank. Dann würde ich sagen kommen wir jetzt quasi zum Hauptteil der Befragung. Und zwar wie Ihnen die Ausbildung als Gestalttherapeutin in der Arbeit mit Ihren Klienten und Klientinnen hilft.

IP: Also mir hat prinzipiell die Ausbildung geholfen, um einmal mich mehr abgrenzen zu können zu den Klienten und gleichzeitig, aber näher dran zu sein. Also, ich habe das Gefühl, ich habe eine Möglichkeit bekommen, Methoden bekommen, um mit Klienten zusammen an bestimmten Prozessen zu arbeiten. Und gleichzeitig das aber auch bei den Menschen zu lassen und auch nicht mit nach Hause zu nehmen oder so. (I: Mh.) Sondern die Verantwortung auch wirklich wieder zurückzugeben und das ist glaub ich so das größte Geschenk gewesen von der Ausbildung. Neben eigenen Prozessen, die ich auch für mich klarer gesehen habe dann. Genau und in unserem Bereich geht es immer drum, wir müssen immer Hilfepläne schreiben, Entwicklungsberichte, in den formuliert wird, was ist passiert in dem letzten Zeitraum der Bewilligung. Was sind so die Ziele? Um was soll es gehen, in den nächsten Jahren oder zwei Jahren? Wann wollen wir die Ziele erreicht haben? Woran kann man das ganze messen? Und manchmal ist das nicht so einfach auch, aber manchmal. Alle stöhnen auch so ein bisschen, wenn wieder ein Bericht dran ist, aber ich finde es auch eine ganz gute Möglichkeit, um Dinge zu reflektieren, was so passiert ist und auch ein Fokus wieder zu bekommen. Wo soll es den hingehen bei der ganzen Sache? Ist die Maßnahme noch notwendig? Könnten sie nicht eigentlich schon wieder allein irgendwie schon ihr Leben jetzt leben? Was hält sie noch hier am betreuten Wohnen? Und was brauchen sie, um ihre Ziele zu erreichen? Und das heißt, wir haben eigentlich immer mit Veränderungsprozessen zu tun und das Kernstück in der Gestalttherapie ist ja auch diese Begleitung von Menschen in Prozessen, in Veränderungsprozessen und von daher passt das, finde ich, wie die Faust aufs Auge (lacht), das ist ideal, um Dinge deutlich zu machen, auch Klienten Handwerkszeug an die Hand zu geben. Und was mir besonders gefällt und gefallen hat ist eben dieser humanistische Ansatz, dieser ganzheitliche Ansatz, das Menschenbild, das vermittelt wird und gleichzeitig auch das Einbringen als Person. Also das ich selber mit jemand arbeite und mich auch zeigen kann als Person, auch mal von mir ein Beispiel bringe, meine Meinung dazu sagen, zu bestimmten Prozessen, dass der Klient auch jemand hat der, wie sag ich den das. Also manche sind dann

ganz überrascht: „Ach bei Ihnen ist das auch so.“ Das wir nicht so verschieden sind, sondern dass das alles so ganz ganz normal ist. Auch wenn sie jetzt eine Krise durchgemacht haben oder wenn Dinge auch in der Vergangenheit passiert sind, das deutlich zu machen, dass die Verhaltensweisen, die vielleicht jetzt hinderlich sind, in einer gewissen Zeit sehr sehr hilfreich waren für die Person, dann aber sich vorzuwagen, vielleicht Dinge mal anders zu tun oder auszuprobieren. Das sind so die Aspekte, die mir gut gefallen und auch ein Stück mutig zu sein mit Klienten an Sachen ranzugehen. Wenn sie möchten (I: Mh.). Es ist ja immer das. Wir haben keinen Therapieauftrag in dem Sinn, wie jetzt ein Psychotherapeut, aber in gewisser Weise ähnelt sich das Ganze ja sehr, weil wir gleichzeitig auch aushandelnd, was ist denn das Ziel, was wir bei einer Psychotherapie auch gefragt ist: Wo soll es hingehen? Und es geht drum auch dieses Ziel zu erreichen. Es gibt schon Sachen, ja da sage ich, dass ist jetzt auch wirklich was für einen Therapeuten, gerade, wenn es um Traumageschichten geht oder so was, weil ich bin kein Traumatherapeut. Aber um Menschen, sage ich mal auch, kreativ zu begleiten (I: Mh.), also so mit. Diese Arbeit mit den Stühlen, also sich auf verschiedene Stühle mal zu setzen und zu gucken: Wie fühlt es sich jetzt an, wenn ich in dem Zustand bin? Oder Für und Wider abzuwägen, bei Entscheidungsfindungen, soll ich das machen oder nicht? Wie würde es sich anfühlen, wenn ich jetzt auf dem Stuhl sitze, der das macht? Wie fühlt sich es aber an vielleicht jetzt in der Position zu verharren, wo ich gerade bin? Und eben auch mit dem Körper ein Stück zu arbeiten, weil ich denke, dass wir ganz viel machen können, drum rum. Wir können rumsuchen, wir können zu Behörden gehen, wir können viele Sachen abfedern oder begleiten, die so materielle Sachen betreffen. Eine Spende beantragen, wenn es mal hart kommt und so was. Aber ich denke, das Wichtigste ist, dass Menschen lernen mit sich selbst gut umzugehen, sich selbst kennenzulernen und wissen, wie man mit Gedanken, Gefühlen auch umgeht, weil oft sind es wirklich Gedanken und Gefühle, Ängste, die Menschen davon abhalten vielleicht verschiedene Schritte zu tun. Und das deutlich zu machen, dafür einen Raum zugeben, vielleicht auch zu schauen, wo kommen denn die Ängste her. Das finde ich eine sehr hilfreiche und da sind so gestalttherapeutische Ansätze wirklich ein großer großer Schatz finde ich. Genau und vieles deckt sich auch mit Sachen jetzt, die ich. Also als Vorbereitung auf das Interview habe ich auch nochmal ein Buch genommen und habe dann noch ein bisschen reingelesen und ich habe mich in den vergangenen Jahren viel mit Trauma beschäftigt. Habe online auch in der Corona-Zeit auch eine Fortbildung gemacht, da geht es um körperorientierte Traumaarbeit und jetzt als ich das Buch nochmal genommen habe, habe ich so gedacht: „Naja das eigentlich so Sachen, die sind ganz ganz typisch gestalttherapeutische Methoden, die da eben angewendet werden, um Menschen zu begleiten.“ Auch in der Methode, die ich mir jetzt

nochmal genauer angeschaut habe, bezüglich Traumaentstehung, Trauma, Umgang mit Trauma. Also das ist nochmal eine andere Erklärung, das kann ich jetzt auch gut miteinfließen lassen jetzt in die Arbeit mit Klienten, woher Dinge kommen, wie wir funktionieren, auch vom Kopf her, was mittlerweile auch von der Forschung alles herausgefunden worden ist oder auch Erklärungsmodele. Wie wir ticken, warum wir so ticken und dass das auch alles ganz normal ist, wenn man mal, wenn es zu viel wird, dass man dann Angst bekommt oder das man in eine Depression reinrutscht und so was. Also es sind auch nochmal andere Erklärungsansätze, die Sachen so ein bisschen plastisch veranschaulichen. Was ich immer ganz gut finde, auch für Klienten, aber die Methoden, wie man damit umgeht sind sehr sehr ähnlich der Gestalttherapie. Genau.

I: Ja, dann würde ich jetzt noch einen Punkt konkreter werden. Und zwar, wie gehen Sie mit der psychischen Krise von einem Klient, einer Klientin um und inwieweit kommt da die Gestalttherapie zum Tragen?

IP: Im Bezug auch auf Suizidalität.

I: Sehr gerne.

IP: Genau. Also einmal hat mir die Ausbildung dabei geholfen, dass ich sehr sehr offen mit dem Thema umgehe, weil ich denke es geht um Leben und Tod und das ist was, was vielen Menschen Angst macht und wo ich am Anfang, als ich damit konfrontiert wurde, nicht so genau wusste, wie ich damit umgehen soll. Und da einen Raum zu schaffen für solche Themen auch ein Angebot zu machen, sage ich mal, denke ich ist sehr sehr wichtig, weil es sehr oft um Sinnfragen geht, bei psychischen Erkrankungen, also gerade bei Depressionen, aber auch Trauma. Warum ist mir das gerade passiert? Lohnt es sich überhaupt weiterzukämpfen, bei dem was ich alles schon erlebt habe? Gibt es einen Gott oder so, so spirituelle Fragen, die auftauchen. Und ich denke es ist. Die Ebene sehr sehr wichtig, weil es einfach existenzielle Themen sind. Und einmal hilft es einfach da zu sein und demjenigen einen Raum zugeben, dass das sein darf, dass das okay ist, dass man solche Gedanken auch hat, dass es immer wieder Krisen gibt oder dass es vielleicht auch Trigger gibt, die einen immer wieder dann mal fallen lassen und oder dass man immer wieder strauchelt auch, dass das normal ist auch vielleicht, bei manchen Klienten, gerade mit einer Vergangenheit. Ich habe gerade eine Klientin, die hat viel Gewalt erlebt in der Vergangenheit. Also die war bis zum achtundzwanzigsten Lebensjahr mehr oder weniger von ihrer Familie, ich sag mal gefangen gehalten worden ist und ist auch sexuelle missbraucht worden, zum Teil auch denk ich, in kriminelle Strukturen eingebunden

gewesen, wo es darum ging, dass sie prostituiert wurde und da kommt das Thema auch immer wieder auf. Warum ist mir das passiert? Wäre es nicht besser ich wäre Tod oder so? Und da einfach da zu sein und das Ganze miteinander auch auszuhalten, auszuhalten, wenn jemand wirklich mal weint. Dass das gut ist, wenn. Also ganz früher hatte ich immer das Gefühl: „Oh Gott, oh Gott jetzt kriegt der eine Krise, jetzt fängt der an zu weinen und was mach ich den jetzt und ich will ganz schnell, dass es dem wieder besser geht vielleicht oder so.“ Und mittlerweile, im Laufe der Jahre, habe ich einfach gelernt und da ist denke ich, ist die Gestaltausbildung ein wesentlicher Teil geworden, dass das einfach okay ist. Das es okay ist Emotionen zu zeigen, dass es okay ist Sachen zu betrauern und Vergangenheit zu betrauern. Dinge, die Klienten nicht leben konnten, weil sie einfach in, auf Deutsch gesagt, beschissenen Situationen aufgewachsenen sind. Das ihnen Dinge angetan wurden, die einfach unverständlich sind und das Ganze zu betrauern und dem Platz zu geben, (I: Mh.) dass das schlimm ist und da einfach da zu sein, in solchen Krisen. Und dann aber auch konkret zu gucken, was gibt es denn noch? Das ist oft eben die eine Seite, jetzt geht es mir total schlecht, aber gibt es vielleicht noch eine andere Seite und da kommt oft das gestalttherapeutische wieder zum Tragen: „Also gibt es einen Anteil in Ihnen, der trotzdem gerne lebt? Gibt es Dinge, die ihnen gefallen? Gibt es Sachen, wofür es sich lohnt, jetzt einfach weiterzuleben?“ Und bei der Klientin ist es so, dass das ganz schnell auch switcht. Also sie hat sehr kindlich Anteile auch und sie ist das auch sehr, also ich finde sie da auch total goldig, auch irgendwie, weil sie wirklich auch trotz der Sachen, die sie erlebt hat, sehr zugänglich ist. Also sie hat auch so Methoden gefunden, um sich auszudrücken, Sachen aufzuschreiben und wo ich dann auch gesagt habe, wenn es ihr, mal so schlecht geht: „Na, was sind so.“ Sie hat auch eine Therapeutin zum Glück. Ich muss das nicht allein tragen, auch diese zum Teil heftige Geschichte. Und hat auch für sich Methoden entwickelt, auch mit ihrer Therapeutin zum Glück auch schon zusammen, Sachen aufzuschreiben, Sachen in Worte zu fassen, in Bilder auszudrücken und ja hat dadurch eine Möglichkeit gefunden, auch. Wenn sie zum Beispiel ein Bild malt, dass sie das dann auch wieder weglegen kann und dann auch wieder in die Realität switcht. Und das Vergangene eben vergangen sein lässt und wir schauen, was ist denn jetzt gerade keine Ahnung. Sie geht halt zur Physiotherapie, weil sie dann eben ihren Physiotherapeuten hat, mit dem sie immer Spaß macht oder so. Ja. Also ich glaube einfach, dass es sehr sehr wichtig ist, einfach da zu sein für die Menschen dann. Bei Suizidalität also es gab schon Situationen, da habe ich dann auch gesagt, dass also dann ausgehandelt mit demjenigen, auch in die Klinik zu gehen, weil es dann einfach nicht mehr. Weil diese Kontrolle nicht mehr da ist, dass derjenige nicht wirklich was antut. Aber es gibt auch Situation, wo wir wirklich von Termin zu Termin Sachen abmachen oder

besprechen und ich mich dann auch darauf verlasse, dass das so funktioniert. Also das der Teil einfach gestärkt wird der weiter Leben will, der auch Ziele hat und ich als Person durch, ich sag mal, durch meine Beziehung auch ein Stück, denke ich, eine gewisse Verbindlichkeit auch hab mit dem Klienten. Dann auszuhandeln: „Nee bis dann und dann tun Sie sich nichts an oder und was machen Sie, wenn es ganz brenzlich wird?“ Dann keine Ahnung Krisendienst anrufen oder Notfallambulanzklinik und das man dann auch einen Plan miteinander bespricht. Aber Krisen, ich denke Krisen sind ganz normales auch und gehören zum Leben dazu. Ich denk die Klienten, die ich begleite, sind einfach in einer Situation, sie sind selber sehr sehr krisenerfahren und haben auch oft ein großes Potential mit Krisen umzugehen aber sehen das manchmal selber nicht. Also so ein ressourcenorientiertes Arbeiten ist mir auch sehr wichtig. Ich habe zum Beispiel so eine Liste gemacht, auch aufgrund der Fortbildung, die ich, bezüglich Trauma, gemacht habe, mit verschiedenen Themen, die ich ganz spannend finde. Also es geht um wie wahre ich meine eigenen Grenzen? Was ich für Ressourcen habe ich? Was habe ich noch auf meiner Liste? Wie gehe ich mit Kontakt in anderen? Wie gehe orientiere ich mich? Wo bin ich gerade? Bin ich gerade im Hier und Jetzt oder bin ich gerade in der Vergangenheit? Es ist für verschiedene Schwerpunkte und mit manchen Klienten. Wir nehmen uns dann auch diese Liste vor und ich mache denen einfach ein Angebot. (I: Mh.) Also ich sag: „Gibt es hier Themen, die Sie interessieren? Gibt es was sie sich ein bisschen genauer anschauen wollen?“ Und wenn der Klient sagt: „Nee, interessiert mich alles gerade gar nicht und alles ist so gut wie es ist.“ Dann ist das auch okay. Also ich will niemanden auch etwas aufdrängen. Aber wenn ein Klient sagt: „Da habe ich Lust drauf.“ Da eben zu gucken, dann gucken wir uns das bisschen genauer an und dann eben auch mit gestalttherapeutischen Methoden. Genau. Ja.

I: Können Sie dazu vielleicht ein paar Methoden ganz praktisch erzählen oder wie Sie die schon angewandt haben?

IP: Also die Methode mit diesen Stühlen habe ich auch schon angewandt. Dass ich die Klienten verschiedene Aspekte genauer untersuchen lasse, je nachdem wo sie gerade sind, mit welchem Anteil von sich selber, sag ich mal und für sich besser Entscheidungen treffen zu können oder um sich selber auch besser kennenzulernen. Dann auch so Experimente. Also ich habe eine Klientin, die ist immer sehr wissbegierig und die ist auch sehr aufgeschlossen, Sachen auszuprobieren. Wo es dann darum geht auch wirklich mal so kleine Hausaufgaben zu machen. Die fühlt sich irgendwas an, wie, sie ist immer so traurig gewesen, dass sie so wenig. Sie hatte gedacht es gibt einen Zustand, in dem man immer immer glücklich ist, denn hat sie nie, den Zustand. Da ging es erstmal drum zu sagen: „Diesen Zustand gibt’s glaub ich nicht so

oft.“ Keine Ahnung, vielleicht jemand der erleuchtet ist, der so eine Glückseligkeit verspürt, die immer da ist. Aber dass es mehr drum geht die kleinen Momente auch zu würdigen, die man erlebt und dann eben Momente auch bewusst zu erleben. Also da war es so eine Hausaufgabe, einfach sich mal, wenn sie draußen spazieren, also sie hat auch einen Hund, zum Beispiel. Und wenn sie irgendwo spazieren ist und sie sieht Sachen einfach das ganz bewusst wahrzunehmen und sich mal Zeit zu nehmen und immer im Hier und Jetzt und zu gucken, was geht in ihrem Körper gerade vor sich, wenn sie das wahrnimmt und diese Momente so ein bisschen einzufangen und bewusst zu werden, das ist schon auch, ja so, Momente gibt, im Laufe des Tages, die einfach gut waren. Und ich mir dann auch wirklich erzählen lass: „Was war denn die letzte Woche oder erzählen Sie mir doch mal drei so Situationen, wo sie einfach, wo es Ihnen richtig gut ging.“ Und ich das dann auch nochmal mit ihr zusammen wirklich nachspüre. Also wo ich dann auch sag: „Wo merken Sie den das gerade im Körper jetzt bei Ihnen? Was passiert da gerade, wenn Sie daran denken, an diesen Moment?“ Und dadurch mehr ja die Seite einfach stärke, die gute Dinge mehr wahrnimmt und dadurch auch insgesamt eine Verbesserung einfach eintritt. Genau. Also, dass sie sind so kleine Experimente als Hausaufgaben geben einfach. Was manchmal ein bisschen schwierig ist, ist Sachen auch wirklich zu spüren. Genau. Also ein Thema ist auch mein eigener Köper, in dieser Liste (lacht), die ich da gemacht habe. Und da ist es so viele Klienten haben ein ganz schwierigen Zugang eigentlich haben zu ihrem Körper. Auch zu sich selber oft sehr stark abwertend sich selber, ich denke diese Stigmatisierung, die es in der Gesellschaft gibt, auf sich selber, dann ein Stück anwenden. Und darum. Wo war ich gerade?

I: Beim Körper spüren.

IP: Genau. Und. Also ich mach manchmal auch so Experimente, also Klienten, wo sie dann gerade sind, im eigenen Körper. Vielleicht ein bisschen mit dem Ziel, den Körper ein bisschen mehr wertzuschätzen, weil das eigentlich, das ist, dass sich viele sehr abwerten oder sich selber abwerten, aber eigentlich unser Körper ein großes Geschenk ist, weil der wird damit. Ja, wir kriegen keinen anderen und das (lacht) ist einfach wichtig, glaube ich, das wertzuschätzen, sich selber wertzuschätzen. Methoden auch in dem Sinne, so Glaubenssätze sichtbar zu machen, also was sage ich den gerade zu mir selber, so einen inneren Dialog auch sichtbar zu machen. Wie gehe ich eigentlich mit mir um? Und das dann auch als Experiment auch ein Stück zu kreieren, also mal zu schauen, was für Situationen, wie gehe ich denn mit mir selber um und ist das hilfreich oder ist das nicht so hilfreich, wie ich da gerade mit mir selber auch umgehe?

Und, was hatte ich denn da noch. Ich hatte gerade etwas im Kopf noch. Mal gucken vielleicht fällt es mir noch ein.

I: Dann stelle ich einfach nochmal eine Frage und wenn es Ihnen einfällt, einfach dazwischenreden. Genau. Haben Sie denn die Gestalttherapie schon angewandt, um einen Suizidversuch konkret zu verhindern?

IP: Also konkret zu verhindern ist ein bisschen schwierig, ne. (I: Mh.) Glaube ich. Weil ich denke Gestalttherapie ist eine Möglichkeit um präventiv auf jeden Fall, tätig zu werden, zu unterstützen, dass es nicht dazu kommt, dass jemand das tatsächlich ausführt das Ganze. Konkret zu verhindern, ist ein bisschen schwierig formuliert. Das weiß ich nicht, da müsste jemand kommen und sagen, ich habe mich jetzt nicht umgebracht, genau, weil sie das und das gemacht haben. (I: Ah.) Also das kann ich nicht so, so ganz genau beantworten, aber wie gesagt, es ist auf jeden Fall, eine Methode, um sich selber besser zu kennen, kennenzulernen. Also die Tendenz die man hat sich umzubringen besser kennenzulernen. Einzugreifen, wenn man solche Gedanken hat, also Methoden an die Hand zu bekommen mit Mitteln: „Jetzt bin ich wieder in diesem Film drinnen, das und das passiert.“ Um sich selber auch anzuschauen, von außen. Also, eine Instanz zu entwickeln, um sich von außen zu betrachtet, um dadurch zu schauen: „Was geht gerade in mir vor und ist das gerade hilfreich und folge ich jetzt dem Impuls vielleicht oder mache ich was anderes, weil ich merke, dass tut mir im Moment nicht gut.“ Und jetzt fällt mir auch ein was ich noch sagen wollte vorhin. Also was ich oft mache oder begonnen habe ist auch, denn Atem mit einzusetzen. Also um als Methode sich selber zu beruhigen. Ich weiß, also das ist ja auch eine gestalttherapeutische Methode, in dem man selber Sachen auch ausprobiert, denke ich. Und selber für sich, dann was an die Hand bekommt, um selber wirksam zu sein, in dem Moment. Also ich habe eine Klientin, die ist immer super aufgeregt und ist ach und alle ist ganz bababa. Die kommt immer schon rein gehuscht und hat tausend Sachen im Kopf und so. Und mit der habe ich so ein Ritual auch etabliert. Erstmal im Hier und Jetzt anzukommen und erstmal zu schauen, wo sie jetzt überhaupt ist und das wir jetzt den Raum hier für uns haben und das da draußen, lassen wir erstmal da draußen. Habe dann so kleine, also es ist eine Minute immer nur, dass sie einfach mal ganz ruhig ist. Habe das auch ein bisschen angeleitet dann und das fand ich total süß, weil sie dann gesagt hat: „Ach Frau [redacted], das mach wir nochmal, das machen wir nochmal.“ Dann habe ich gesagt: „Okay. Und genau, dass was wir jetzt gemacht haben, können Sie auch alleine machen und probieren Sie es doch mal das aus, dass so bisschen in ihrem Alltag zu integrieren dann. Das Sie einfach sich selber ein bisschen mehr spüren dadurch. Wo sind sie den gerade? Und weil dieses aufgeregt

sein, wenn der Körper ständig in so einer, aus so einer Flucht-Kampf-Position ist, dass ist einfach anstrengend und da ist natürlich besser, man kommt ein bisschen runter, also so einfache Sachen ausprobieren. Ja. Und in Gruppen habe ich es schonmal so ein bisschen ausprobiert, auch so in einer Wohngemeinschaft. Ich betreue eine Wohngemeinschaft mit vier Frauen. Und die sind auch recht aufgeschlossen. Mit denen kann man gut Sachen auch mal so ein bisschen ausprobieren. Und da haben wir eben auch Sachen auch aus so ein bisschen rumexperimentiert, auch Grenzen erfahren oder ich selber auch ein positives Feedback geben. Also so gar nicht so sehr gestalttherapeutisch, aber schon ein bisschen Experimente manchmal auch machen, dass sie Sachen einfach mal ausprobieren. Auf jemand. Also in einer WG. WG kann man glaube ich gut benutzen, um Sachen also als. WG ist immer so ein kleiner Kosmos, finde ich, der aber auch widerspiegelt, dass das normale Miteinander in der Gesellschaft dann. Und wenn alle auch, wie soll ich denn sagen. Die WG, die ich habe, sind zum Glück sehr sehr aufgeschlossen auch Sachen mal auszuprobieren und sehr wertschätzend, auch miteinander. Und da ist eine gute Möglichkeit, wenn man auch mal einzeln dann mit jemandem arbeitet zu sagen: „Okay, probier das doch einfach mal oder probieren Sie das doch einfach mal in Ihrer WG aus, wie es sich anfüllt das und das zu machen. Oder mal jemanden zu bitten, ob er nicht Lust hat mit Ihnen zusammen was zu kochen oder mal einen Spaziergang zusammen zu machen.“ Und dadurch eben neue Impuls einfach zu erleben oder auch auszuprobieren. Ja. Das heißt richtig konkret kann ich ja oder nein sagen. Genau.

I: Ja. Sie hatten ja vorhin die multifaktoriellen Entstehungen von Erkrankungen angesprochen gehabt. Hat die Gestalttherapie da auch ein Statement zu wie oder würden Sie sagen, dass hat, die Gestalttherapie hat auch einen Einfluss auf ihre Bewertung, den mehrfachzusammenhängenden Erkrankungen.

IP: Ich weiß nicht genau, wie momentan der aktuelle Stand ist, weil die Ausbildung habe ich gemacht 2007, vier Jahre bis 2011. Und habe seitdem. Ich habe nochmal ein zwei Fortbildungen gemacht, auch zum Thema Trauma und Gestalttherapie, eine Fortbildung und nochmal was anderes. Und hab dann aber mich aber auch mit anderen Sachen beschäftigt. Also auch nochmal einen Ausflug gemacht in so hypnosystemische Ansätze, die auch wieder natürlich. Es vermischt sich alles so ein bisschen finde ich oder manche Sachen sind glaube ich sehr sehr ähnlich. Oder eben jetzt diese körperorientierte traumatherapeutische Arbeit. Und deswegen weiß ich jetzt nicht wie aktuell da die Forschung ist oder was aktuell auch diskutiert wird auf diesem Gebiet. Was mir gefallen hat, zu der Zeit, war und ist immer noch wirklich diese Ganzheitlichkeit. Diese Ganzheit zu sehen von einem Menschen, nicht nur das vielleicht

im biologisch im Gehirn irgendwas nicht so richtig funktioniert, weil auch ein Ungleichgewicht ist von irgendwelchen Neurotransmitternstoffen oder sowas. Sondern den Zusammenhang zu sehen mit der gesamten Situation von dem Klienten und da hat dann sicher das eine große Rolle gespielt, Sachen besser einordnen zu können auch. Und ich denk, dass soziale Einflüsse ein Riesenriesenfaktor sind, wie wir ticken. Also ich denk, dass Medikamente unterstützend wirken können auch gerade bei Depression oder Suizidalität, dass das ein wichtiges Hilfsmittel ist für manche Klienten, um überhaupt erst wieder aus so einem Loch zu kommen. Aber es ist nicht einfach so ein biologisches Ungleichgewicht, (I: Mh.) wo oft so ein Fokus immer noch drauf ist oder von der Pharmaindustrie auch Sachen ja so propagiert werden. Oder auch Klienten, wenn ich mit denen bei Ärzten bin, dann gehts wirklich sehr um diese: „Wie geht es Ihnen gerade? Können Sie schlafen? Wie stark sind die Ängste?“ Und dann geht es um eine Anpassung von Medikation. Aber gar nicht so sehr um andere Dinge. Ich denke, die anderen Dinge sind einfach viel viel wichtiger als die Medikamente. Von daher. So jetzt bin ich ein bisschen abgeschwiefen (lacht).

I: Gar nicht wirklich eigentlich tatsächlich, weil es ja eigentlich um die multifaktorielle Erkrankung geht und dann, dass haben Sie jetzt ein bisschen so in den Kontext einsortiert, auch der Gestalttherapie mit der Ganzheitlichkeit.

IP: Ja. Genau. Also das. Man sieht halt in was für ein Umfeld derjenige auch aufgewachsen ist oder was für Einflüsse es gibt, auch von Kultur, Erziehung und so weiter und ich denk, dass das eine Riesenrolle spielt. Gesellschaft überhaupt, ich denke unsere Gesellschaf ist. Puh, ja sehr, wie soll ich denn sagen. Ich glaube, dass da sehr viele im Agen ist, sonst würde auch nicht diese psychische Erkrankung, diese. Es gibt vielleicht auch so gesellschaftliche Erschöpfung oder sowas würde ich es mal nennen, um sich greifen. Ich denk, Corona hat das Ganze auch noch so beschleunigt irgendwie gerade, aber ich denke, dass vieles vieles im Agen ist und dass es viel um zwischenmenschliches Miteinander geht, um Bedürfnisse, die nicht erfüllt werden. Aufgrund unserer individualistischen Gesellschaft mittlerweile, dass denke ich. Genau. Ja. Aber für mich war das letztendlich ein großer Segen, dass ich das machen konnte und eigentlich auch deswegen, sage ich ja manchmal sind Krisen auch gut, um zu wachsen oder um. Also für mich war es ein eine große Bereicherung, das machen zu können und auf den Weg gebracht zu werden, auch wenn es schmerzhaft war, für mich viel lernen, aber gleichzeitig auch viel viel zu lernen, wie ich in meiner Arbeit gut arbeiten kann. Und immer noch mit zwanzig Jahren in dem Bereich, auch mit Freude, also im direkten Kontakt, nicht so sehr über strukturelle Sachen,

die sind echt blöd, denk ich. (I: Mh.) Aber im direkten Kontakt mit den Klienten ist es immer noch so, dass ich die Sachen, die Arbeit einfach gerne mache.

I: Damit haben Sie mir jetzt tatsächlich die perfekte Überleitung, geliefert zur letzten thematischen Frage, und zwar wie gut oder wie schlecht lassen sich den die Soziale Arbeit und die Gestalttherapie miteinander kombinieren, Ihrer Meinung nach?

IP: Ich denke gut. Supergut. (lachen). Weil wie gesagt, ich, also gerade in dem Bereich. Ich denke in vielen Bereichen kann man es anwenden, wir hatten auch in der Ausbildung, die ich gemacht hatte, auch, Kolleginnen, die auch mit Kindern und Jugendlichen gearbeitet haben. Aber ich denke, gerade in den Bereich ist es supergut kombinierbar, weil wir eben. Weil wir viel viel Freiheit haben in der Arbeit mit den Klienten. Also wir können selber die Beziehung oder das so gestalten, wie wir gerne möchten, in Absprache mit den Klienten. Und das ist auch was, was ich sehr schätze an meiner Arbeit und was mir dadurch die Freiheit gibt Sachen einfach auszuprobieren. Und was ich auch schon gesagt habe, wir sind so nah dran an denjenigen. Wir sind echt nah dran und man kann auch mit dem Klienten zusammen Dinge erleben. Spazierengehen, Sachen wirklich dann mit einfließen lassen, in die Begleitung oder zusammen was kochen und dabei auch Sachen ausprobieren, neue Dinge wirklich nicht nur jemanden als Hausaufgabe geben, sondern wirklich auch gemeinsam Dinge tun mit demjenigen. (I: Mh). Das finde ich ein großes Geschenk bei der Arbeit. Genau.

I: Gibt’s denn Ihrer nach Meinung da auch Konfliktfelder, wo man sagt, dass geht auf keinen Fall, dass man das kombiniert?

IP: Okay. Wo es gar nicht geht (I: Mh) ist die Frage, ne? Ich denke es gibt Situationen, wo ich, handeln muss, wo ich jetzt auch entscheiden muss, gebe ich demjenigen auch die Freiheit zu entscheiden oder entscheide ich. (I: Mh.) Wenn es um Leben und Tod geht grad. Also ich dann wirklich sag: „Nee, das ist mir wirklich grad zu heiß, da habe ich kein gutes Gefühl auch dabei.“ Wobei da natürlich auch die Gestalttherapie insofern hilft mir selber, dass ich mir selbst auch trau dann mit meinem Gefühl letztendlich, weil ich arbeite ja mit mir auch als Resonanz, was ich merk, was ich spüren bei den anderen. Und das ist auch was wo die Ausbildung geholfen hat mir selber auch zu vertrauen oder Sachen dann auch auszusprechen, die ich vielleicht wahrnehmen und gleichzeitig aber in mir die Fähigkeit entwickeln zu schauen, ist das jetzt noch mein eigener Anteil, ist das wirklich was, was ich von dem Gegenüber jetzt einfach auch bekomme an Emotion (I: Mh.) oder an Signalen, die ich auch in einer Weise spüre und wenn ich ein komisches Gefühl habe, das ich dann auch sage: „Nee, das ist nicht tragbar,

das. Jetzt gehen wir ins Krankenhaus.“ Genau. Oder. Ja oder wenn jemand ganz schwer depressiv ist und ich kein gutes Gefühl habe, ihn dann auch in der Situation zu lassen. Da würde ich dann, sag ich mal nicht mehr experimentieren wollen noch, sondern da ist dann wirklich. Wobei ich es natürlich dann auch mit Methoden herausfinde, wie es demjenigen geht. (I: Mh.) Das ich Sachen vielleicht probiere oder wir miteinander reden und ich dann spüre: „Nee, das kann derjenige jetzt nicht mehr selber“. Oder derjenige kann nicht mehr so für sich gut handeln, dass er bewusst Entscheidungen trifft. Wenn jetzt jemand in einer Psychose ist oder sehr sehr stark depressiv ist. Wobei es dann auch wichtig ist, dass vorher dann auszuhandeln, wenn es möglich ist. Das ich auch weiß, wann ich eingreife. Also mit der Klientin, was ich erzählt hatte vorhin, war es dann auch so, dass wir eine Vereinbarung hatten, wenn ich keinen Kontakt kriege zu ihr, dass ich, dann die Betreuerin dann informiere und dass sie dann auch ins Krankenhaus gebracht wird, egal mit Pauken und Trompeten und Polizei und allem Drum und Dran. Genau. Also es sind Situationen, da denke ich da kann man auch nicht mehr rumexperimentieren oder Sachen vielleicht dann so lösen, aber um die Situation besser einschätzen zu können, wiederum kann man schon auch Methoden anwenden oder. Oder es hilft mir selber dann auch Signale, Dinge besser einzuschätzen und handeln zu können. Ja. Sonst. Nein. Nein ich denke, dass einfach so was, so was sehr sehr breit, breit gefächertes, da kann man glaub ich im so ziemlich allen Handlungsfeldern auch damit arbeiten. (I: Mh.) Also zumindest in dem Bereich, in dem ich jetzt arbeite. Das ist so eine gute Mischung, weil es gibt natürlich Klienten, da ist es mehr wirklich praktische gut, also da geht es wirklich konkret drum, was zu tun miteinander oder eine Wohnung zu suchen oder keine Ahnung Möbel aufzubauen zusammen oder so Sachen. Aber das kann man, selbst das kann man als Experiment dann wieder machen, also es ist wirklich sehr vielfältig einsetzbar. Immer halt zugeschnitten auf die Situationen, auf den Klienten und auf Ziele, die derjenige auch hat. Wenn ich merk, da ist, jemand möchte, dass auch nicht, dann ist das auch okay. Also das wäre vielleicht was, also wenn ich merk, dass jemand eigentlich, das nicht will oder die Klientin, ich habe ihr verschiedene Sachen auch vorgeschlagen, vielleicht interessiert sie, was davon, sich selber vielleicht auch besser kennenzulernen oder besser in Beziehungen vielleicht für sich sorgen kann oder so, wenn sie aber in dem Moment sagt: „Nein.“ Sie hat da jetzt nichts gefunden, was sie so anspricht oder alles ist so gut, wie es im Moment ist und das auch zu respektieren und zusagen okay, dann ist das so. Ja. Also miteinander ist auch wichtig und zu schauen, was derjenige möchte, nicht was ich vielleicht denk, was gut wäre (lacht).

I: Sie haben ganz kurz noch angesprochen, die Methoden zur Einschätzung. Können Sie da vielleicht eine beschreiben, die sie üblicherweise verwenden?

IP: Zur Einschätzung von.

I: Von. Das war im Zusammenhang, inwieweit die Person noch selber bewusst entscheiden kann und wie sie dann quasi auch ihr Gefühlt stärken können oder bestätigen können.

IP: Also wenn jemand wirklich in einer Krise ist oder ich habe auch das Gefühl das jemand, dass jemand gar nicht gut geht, dann haben wir eben auch so eine Vereinbarung in der Einrichtung das ist vielleicht noch ganz ganz interessant oder wichtig. Das wir, also manchmal lässt es sich nicht verhindern, dass wir in Situationen, wo wir wissen, dass es krisenhaft wird, dass wir da auch zu zweit reingehen. Also das wir uns jemanden suchen einen Kollegen Kollegin und sagen wir fahren jetzt dorthin, weil ich krieg keinen Kontakt zu demjenigen und wir schätzen dann auch, wenn ich auch bei jemanden bin und merk das ist total komisch. Also das ich mir dann auch Hilfe hole in Form, dass ich Kollegen kontaktiere. Jemand dann auch in so einem Krisenmodus mitdazukommt und wir zusammen, dann auch so Situation einschätzen, dass wir das einmal nicht allein tragen bestimmte Entscheidungen und gleichzeitig auch nochmal, sag ich mal, vielleicht eine fremde Person mit da ist, weil ich schon sehr stark auch in einer Beziehung bin mit dem Klienten. (I: Mh.) Also dann nochmal von außen jemand dazu kommt und schaut, wenn es wirklich ganz konkret darum geht, dass jemand, wo es schwierig ist das einzuschätzen. Manchmal geht das nicht, manchmal ist es einfach so, dass man dann alleine ist und allein Entscheidungen treffen muss. Im Idealfall hat man vielleicht vorher auch schon eine Vereinbarung getroffen. Das man weiß was ist denn in vorangegangen Situationen passiert, bevor es vielleicht auch zu einer Klinikeinweisung gekommen ist und sowas. Das man, dass mit Klienten besprochen hat. Und wenn jemand dann total, sag ich mal, verwirrt ist, also wenn ich das einschätzen kann, dass er einfach nicht mehr in der Realität richtig ist, dann, dass ich halt herausfinden ob durch Fragen dann oder in dem ich einfach schaue, was spielt sich den gerade ab in der Welt des, in der Innenwelt des Klienten. Das ich das dann entscheide, wie ich damit umgehe, in dem konkreten Fall. Es gibt ja Klienten auch, die sind so latent, immer mal so suizidal sind oder wo eine große Todessehnsucht auch da ist, die immer mal wieder zum Vorschein kommt. Da ist es schon so, dass ich viel auch mit diesen verschiedenen Anteilen auch arbeite, die jemand hat. Verschiedene ja, dass das man dann eben zusammen schaut, jetzt ist gerade wieder der Anteil da der eigentlich gar nicht leben möchte und dass wir einfach Zeit nehmen, dem auch Raum zu geben und dann zu schauen: Was gibt es was dem

helfen könnte oder gibt es einen anderen Anteil, der der dann auch mit dem dann in Kommunikation geht und Sachen innerlich aushandelt? Sozusagen.

I: Ja, schön. Genau, das war jetzt so die thematischen Fragen, möchten Sie denn zum Abschluss noch irgendwas loswerden, irgendwas sagen, was Ihnen noch wichtig ist, in dem Zusammenhang mitzuerwähnen?

IP: Also ich denke, dass es wichtig ist oder das oder ich kann nur sagen, was mir stark geholfen hat, sag ich mal. Ich denke, wenn man in so einem Feld arbeitet, um wirklich gesund zu bleiben, ist es sehr wichtig sich selber gut zu kennen und dann auch um entscheiden zu können, inwieweit lasse ich mich auf Beziehungen ein oder nicht. Weil ich natürlich auch, also wir als KollegInnen sind auch sehr sehr unterschiedlich. Es gibt Kollegen, die haben auch Ausbildungen gemacht, systemische oder sind gerade dabei. Und haben dann auch große Lust drauf Dinge auszuprobieren und auch mit Klienten zusammen, die da auch Lust drauf haben. (lacht) Und ich finde, wenn man Lust drauf hat sich auf einen Menschen einzulassen, Beziehungen einzugehen, eben grade so Begleitung ist auf jeden Fall eine gestalttherapeutische Ausbildung und so super super Grundlage, um lange gesund zu bleiben, weil man sich einmal viel mit sich selber auseinandersetzt und es hat mir unheimlich geholfen auch für mich selber herauszufinden, was ich selber will, wohin ich will, was meine Bedürfnisse sind und es oft so ist, glaube ich, dass wir als Helfer, als Sozialpädagogen, Sozial Arbeiter, oft auch aus Familien kommen, wo das Helfen so was, so was normales ist also ich denke, dass viele den Beruf nicht umsonst gewählt haben und es ja darum geht, auch was Gutes zu tun oder Menschen, zu begleiten. Also mir hat es sehr geholfen, dass ich geguckt habe, wo kommt das her bei mir auch, dass ich auch in diesem Beruf gelandet bin, was sind so meine Anteile, vielleicht so den eigenen Keller ein bisschen aufräumen auch, um zu gucken, wo sind auch meine Blindenflecke dann, wo springe ich drauf an, auf bestimmte Themen bei Klienten, weil ich es vielleicht auch von Früher kenne, von meiner Familie oder sowas. Und das finde ich ist superwichtig, wenn man nah mit Klienten arbeitet. Wenn man vielleicht eher, keine Ahnung in was für einem Bereich arbeitet, wo man vielleicht nicht so enge Beziehungen eingeht, dann ist es vielleicht nicht so notwendig, oder vielleicht auch in der Klinik, wo man die Leute drei Wochen hat und da im Sozialdienst arbeitet und mehr es drum geht bürokratische Sachen zu regeln und jemand eben aufzuklären, auf einen guten Weg wiederzubringen, dass alles so seine Ordnung hat. Da ist es denke ich nicht so relevant, wenn man nicht so enge Beziehungen eingeht. Gerade wenn man, wenn man in so einem Bereich ist mit Beratung, mit Begleitung, mit sehr sehr emotionalen Themen auch mit ja auch schweren Schicksalen, zum

Teil, ist es auf jeden Fall super hilfreich supersuper hilfreich. Und eine gute Grundlunge, um dann auch selber weiterzuschauen. Was interessiert mich noch, was sind so, was sind Aspekte und ich habe mir eben jetzt auch angeschaut. Es gibt so eine Zeitschrift Gestalttherapie (I: Mh.) Und da habe ich jetzt auch ein paar Themen mal geschaut. Gibt es die an der FH, also an der Hochschule?

I: Das weiß ich nicht, aber das wäre tatsächlich mal interessant nachzuschauen.

IP: Weil da so ein paar Themen sind, wo ich so dachte: „Ach, das ist ja spannend.“ Auch so Theorien, die gerade so ein bisschen in der Fachwelt diskutiert, wie so sie Polyvagalsache. Sagt dir das was?

I: Nein. Gar nicht.

IP: Eine, gut. Ja das ist so ein Ansatz von einem Amerikaner, der, da geht es um das Nervensystem, dass man in sich hat und da auch um verschiedene Anteile von früheren Teilen des Nervensystems und Sachen die neuer sind und wie das alles zusammenhängt, auch mit verschiedenen Emotionen, die man spürt. (I: Mh.) Jetzt mal so ganz ganz verkürzt. Es ist ein bisschen komplizierter, aber das würde den Rahmen sprengen. Aber da habe ich eben gesehen, dass das in einer Zeitschrift ging es auch um das Thema, also es ist eine gute Möglichkeit, um weiter auch zu schauen, was gibt es für neue Ansätze, wie gehen die aber immer wieder auch in diese Gestalttherapie über. (I: Mh.) Also diese Grundlage der Gestalttherapie habe ich bei vielen Fortbildungen, die ich danach gefunden habe, auch immer wieder gefunden, also das fand ich sehr sehr spannend. Und das wenn man Veränderung möchte, bei sich selber oder auch mit Klienten, dass man einfach über den Körper gehen muss und dass das nicht nur so eine reine Kopfsache ist. Weil viele Klienten wissen, was los ist, sie können mir allesmögliche erzählen, die sind super super Experten, in der Theorie, wie die Krankheit entsteht, was sie machen müssen, aber wirklich ins Spüren zu kommen, in den eigenen Körper zu kommen um Prozesse, um Dinge zu verändern und sich selber zu verändern in eine gewisse Richtung da ist auf jeden Fall die Gestalttherapie, finde ich, super hilfreich und wenn man es selber erfahren hat, ist natürlich umso besser. Genau. Ja. So vielleicht glaube ich. (lacht) Ich find es sehr sehr spannend, weil ich dadurch auch selber, dass ich mit Ihnen drüber spreche, da habe ich das selber für mich nochmal Revue passieren lassen, was ich so mitgenommen habe von damals und wie Sachen einfach auch so in Fleisch und Blut über gegangen sind, die ich gelernt habe und die dann einfach so unbewusst ablaufen und dadurch auch ja wie gesagt, dadurch denke ich, mache ich die Arbeit auch noch gern, dass ich, dass ich einerseits dran bin und auch weit

weg. Also wenn Feierabend ist, ist Feierabend und ich habe schon ewig keine Fälle mehr also keine Klientenschicksale mehr mit nach Hause genommen. (I: Wow.) Da war das auf jeden Fall super super hilfreich. Genau.

I: Ja schön. Vielen vielen Dank für die vielen Antworten, die sie mir jetzt geliefert haben. Ich würde an der Stelle mal die Aufzeichnung beenden.

9.4. TRANSKRIPTIONSREGELN FÜR NICHT GEGLÄTTETE TRANSKRIPTION

Verwendetes Zeicheninventar:	
,	kurze Redeunterbrechung, bei der die Stimme nicht abfällt
.	Unterbrechung, bei der die Stimme abfällt
+	Kurze Pause
++	Mittlere Pause (pro Sekunde ein +)
(x Sekunden Pause)	Lange Pause (über 4 Sekunden, Sekunden angeben, z.B. 8 Sekunden Pause)
?	Frageinotation
(h)	Formulierungshemmung, Drucksen
(I1: hmm)	Pausenfüller/Reaktion des Gegenübers auf Gesagtes
<u>Zeit</u>	Auffällige Betonung
(lachen) (es klopft an der Tür) (eine Kaffeekanne fällt runter)	Charakterisierung von nichtsprachlichen Vorgängen bzw. Sprechweise, auch Tonfall
(?)	Ein Wort unverständliches (Zeitmarkierung angeben)
(???)	Drei Worte unverständlich (Zeitmarkierung angeben)
I1: klar ist das schon immer so gewesen [aber wenn B: [Und ich will nochmals darauf zurückkommen	Gleichzeitiges Sprechen (Einsatz durch einen Absatz markieren, nach Beendigung des gleichzeitigen Sprechens erfolgt ein neuer Absatz)
I1: gekommen ist? B: [Ich sag	Ins Wort-Fallen (Einsatz ungefähr markieren, mit Leertaste, keine Tabulatoren)

9.5. AUSWERTUNG: PARAPHRASE

S.	Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion	Kategorien	Unterkategorien
55	2	In Jena studiert von 93 bis 97	Diplomstudiengang von 93-97 in Jena mit Schwerpunkt Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe, zwei Praktika in dem Bereich	Studium	**Berufsbiografie**	*Studium*
	4 f.	Schwerpunkt Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe				
	8 ff.	Jahrespraktikum: halbes Jahr auf einer Station für Menschen die zur Entgiftung im Krankenhaus sind und ein halbes Jahr in einer Suchtberatungsstelle				
	13	Diplom gehabt				
	13 f.	zwei Jahre lang in einer Suchtberatungsstelle gearbeitet mit angegliedertem betreutem Wohnen	Arbeit in einer Suchtberatungsstelle, Auslandseinsatz in Namibia, Arbeit mit HIV-Positiven, hauptsächlich Asylbewerbern, Versetzt in ein betreutes Wohnen für psychisch Erkrankte	Arbeitsplätze		*Arbeitsplätze*
	15 f.	Zwei Jahre im Ausland. In Namibia				
	18 f.	anderthalbe Jahre in der Beratung und Begleitung von Menschen die HIV-Positiv sind. Eine Projektstelle von der Stadtmission, viel mit Asylbewerbern zu tun gehabt, Freude an der Arbeit				
	26 ff.	Versetzt innerhalb der Einrichtung in eine andere Stelle, da es eine Elternzeitstelle war und gleichzeitig die Projektstelle nicht weiterfinanziert wurde, aber der Arbeitsvertrag noch bestand				
	30 ff.	Unzufrieden mit Versetzung, trotz Entscheidung dafür.				
56	37 ff.	Dankbar für 18 Jahren im betreuten Wohnen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung der Stadtmission				
	39 ff.	Arbeiten in dem Bereich: sehr eng mit Menschen zusammenarbeiten, lebensnah, Begleitung, Hausbesuche, Krisenintervention	Kennzeichen des Arbeitsfelds	Aktueller Arbeitsplatz	**Aktuelle Arbeitsstelle**	*Aufgaben*
	46 f.	Gestalttherapie			**Berufsbiografie**	*Werdegang zur Gestalttherapeutin*
	50 f	persönliche Erfahrung nach zwei Jahren in der letzten Einrichtung gearbeitet	privaten, stressigen und psychosomatischen			

	51 f.	Private Sachen, sehr herausfordernd	Erlebnissen; Unterstützung von Kolleginnen	Werdegang zur Gestalttherapeutin		
	53 f.	Krank geworden, viel Stress, Gefühl der Körper sagt Stopp				
	54 f.	Krankschreibung, psychosomatische Geschichten: Blutdruck				
	55 ff.	Kollegiale Kollegen: stützend, tragend, wenn es anderen Kollegen nicht so gut geht				
	57 f.	Zwei Kollegen haben eine gestalttherapeutische Ausbildung gemacht				
	60 f.	Therapie für sich selber begonnen bei einem Psychologen, der auch Gestalttherapeut ist	Inanspruchnehmen der Gestalttherapie bei einem Psychologen mit gestalttherapeutischer Weiterbildung	Erleben der Klientenposition	**Psychische Erkrankungen, Krisen, Suizidalität**	*Erleben der Klientenposition*
	61 f.	Klientenrolle und Therapieform selbst erlebt				
	63 f.	Psychologe ist gleichzeitig Ausbildungsleiter, der Gestalttherapeuten ausbildet				
57	64 f.	Laufe der Therapie, ob sie in die Richtung was machen möchte				
	66	private Geschichten				
	66 f.	verschiedene Sachen gehäuft, es ging ihr nicht gut, soviel Stress				
	68 f.	Psychische Erkrankungen	Psychische Erkrankungen sind multifaktoriell, mit verschiedenen Ursachen und Aspekten; psychische Erkrankungen trotz objektiv guter Bedingungen, kaum existenzielle Sorgen in Deutschland	Ursachen für Psychische Erkrankungen	**Psychische Erkrankungen, Krisen, Suizidalität**	*Ursachen für Psychische Erkrankungen*
	69	multifaktoriell				
	69 f.	nicht eine Ursache				
	70	viele verschiedene Aspekte				
	71 ff.	Warum es in einer Gesellschaft so viele Menschen psychisch krank sind, obwohl es uns eigentlich gut geht von den äußeren Bedingungen her				
	75 ff.	Zusammenhang mit Namibia und Asylbewerbern, die existenzielle Probleme hatten				
	77	Um Leben oder nicht ging				
	80 f.	Menschen hier so krankwerden oder stolpern, obwohl es ihnen objektiv gut geht				

	84 ff.	Persönlich in den Prozess reingekommen, mit den Gefühl alles ist zu viel, zu viel Stress, Ängste	Erleben einer Klienten ähnlichen Situation mit Stress, Sorgen und Ängsten, besseres Verständnis, positiver Ausgang	Erleben der Klientenposition		*Erleben der Klientenposition*
	87	Mehr Verständnis für die Klienten, durch das erleben einer ähnlichen Situation				
	89 f.	Objektiv alles gut und es ist alles gut geworden				
	90 f.	Gedanken gemacht habe, um Dinge die eigentlich nicht notwendig gewesen wäre				
	94	Anstoß für die Ausbildung	Inhalte der Ausbildung: sich besser kennenlernen, Methoden lernen, persönliches Wachstum, gutes und gesundes Arbeiten	Inhalte der Ausbildung	**Gestalttherapie**	*Inhalte*
	94 f.	sich besser kennenzulernen				
	95	Methoden lernen				
	95	Stück zu wachsen				
	95 f.	gut arbeiten zu können				
	96	gesund zu bleiben bei der Arbeit				
58	99 f.	begleiten Menschen mit psychischen Erkrankungen	Klientel: Menschen mit psychischen Erkrankungen, 18-80 Jahr alt, Vielzahl an Diagnosen, häufig kombiniert	Klientel der Arbeitsstelle	**Aktuelle Arbeitsstelle**	*Klientel*
	100 f.	Menschen von achtzehn bis achtzig Jahren				
	101	Alle möglichen Diagnosen				
	101 f.	Zum Teil auch gekoppelt mit anderen Erkrankungen				
	102 f.	Letzten Jahren treten die Diagnosen geballt auf				
	103 ff.	Klienten bringen gleiche mehrere Diagnosen mit und nicht nur eine				
	105	Psychose	Diagnosen: Psychose, PTBS mit Angststörung, ineinander übergehende Symptome, forschungsorientiert, Trauma und Traumafolgestörungen, Trauma als Grundlage für psychische Erkrankungen,	Diagnosen des Klientels		
	105	Viele haben PTBS mit einer Angststörung				
	106 f.	Spiegelt wider, dass viele Symptome ineinander übergehen				
	107	Manche Diagnosen sind Zeitgeist geschuldet				
	108 f.	Eine Zeitlang war Borderline im Fokus der Forschung, also haben viele Klienten diese Diagnose bekommen				
	109 f.	Momentan sind es viele Klient mit Trauma und Traumafolgestörungen				

	110 ff.	Mittlerweile glaubt die IP, dass Trauma dem Ganzen zu Grunde liegt				
	112 f.	Viele Diagnosen, um einen längeren Krankenhausaufenthalt zu ermöglichen	Kombinierte Diagnosen für längere Behandlungsdauer			
	113 ff.	Begründung für längere Behandlungen				
	115 ff.	Veränderung der strukturellen Bedingungen, die die Behandlung beschränken				
	118 f.	Klienten, die einmal in der Woche zu einem Beratungsgespräch kommen, die sind sehr reflektiert und verfolgen ihre Ziele	Selbstständige, zielorientierte, reflektierte Klienten mit weniger Behandlungsbedarf und chronisch kranke, die eine intensivere Begleitung benötigen, mit dem Ziel den aktuellen Zustand zu halten	Klientel der Arbeitsstelle: selbstständige und chronische kranke Personen mit psychischen Erkrankungen		
	119 ff.	Chronisch Kranken sieht man an, dass sie krank sind und benötigen eine intensivere Begleitung, mit dem Ziel das aktuelle Level zu halten				
	121 f.	Ziel ist nicht die Selbstständigkeit				
	123 f.	Beispielklientin I hatte das Gefühl von einem anderen Planeten zu kommen und dass sie nur zu Gast auf der Erde ist	Beispielklientin I: Gefühl nur zu Gast auf der Erde zu sein und sie von einem anderen Planeten ist, Anfangszeit in aktueller Arbeitsstelle, chaotische Wohnung, Aushandeln des Umgangs, das es sich um eine Begleitung handelt mit regelmäßigen Gesprächen und für die Klientin da sein handelt. Klientin hat sich Autonomie gewünscht. Bei einer Psychose wurde ein Notfallnetz besprochen und sie in die Klinik gebracht, um sich zu erholen. Anschließend hat sie wieder ihre Hobbys auslebt. Ziel war die Begleitung.			
	126	Anfangszeit in dem Arbeitsbereich				
	126 f.	In der Wohnung standen viele Sachen herum und sie hatte viele Ideen				
	128 ff.	Mit sozialarbeiterischem Enthusiasmus die Wohnung aufräumen, obwohl die Klientin das gar nicht wollte				
59	130	Klientin wollt in ihrem Umfeld leben				
	131 ff.	Konflikt wie beide miteinander umgehen. Das Ergebnis war, dass die Klientin mehr begleitet, wurde				
	133 ff.	Die Wohnung ist so geblieben, obwohl es manchmal grenzwertig war. Die IP hat einen sauberen Tisch, ein sauberes Glas und Wasser bekommen.				

	136 ff.	Haben dann eine Stunde geredet, ab und zu hat die IP die Klientin begleitet. Hauptsächlich war sie da und das war für die Klientin gut				
	138 f.	Der Klientin, war es sehr wichtig nicht in ein Heim zu müssen und ihre Autonomie zu bewahren				
	139 f.	Ab und zu ist die Klientin in die Klinik gekommen, wenn sie eine starke Psychose hatte.				
	140 ff.	Notfallnetz: Kein Kontakt der IP und der Mutter zur Klientin bekommen haben.				
	142	Informieren der Betreuerin				
	143	Abholen mit der Polizei				
	143	War in einer anderen Welt				
	144 f.	Erholung in der Klinik				
	145 ff.	Ist danach wieder ihren Hobbies nachgegangen, zum Beispiel hat sie ihre Kreativität ausgelebt, Gedichte schreiben, Tanzen, Besuch der Dark-Wave-Disco				
	149ff.	Ziel war nicht, die Wohnung ordentlich zu halten, eine Arbeit oder eine Werkstatt zu besuchen, sondern sie sein zulassen und da zu sein, wenn sie eine Krise bekommt				
	152 f.	Lernprozess für die IP, dass nicht immer eine Veränderung notwendig ist	Veränderung ist nicht immer notwendig			
	154 ff.	Klientin ist mittlerweile verstorben, nach dem sie ins Krankenhaus gekommen ist, da sie körperliche Probleme hatte	Klientin I ist nach körperlichen Problemen, verstorben			
	161 ff.	Positive Klientenbeziehung, die nachhaltig geprägt hat	Positive Klientenbeziehung			
60	170 f.	Prinzipiell hat die Ausbildung der IP geholfen, um sich besser von den Klienten abzugrenzen zu können	Nähe-Distanz-Verhältnis erlernen		**Gestalttherapie**	*Inhalte*

	171	Und gleichzeitig kann die IP dadurch näher dran sein		Inhalte der Gestalttherapeutenausbildung		
	172 f.	Methoden bekommen, um an bestimmten Prozessen zu arbeiten	Methoden, um Prozesse zu bearbeiten			
	173 f.	Jetzt kann die IP gleichzeitig mit dem Klienten zusammen an bestimmten Prozessen zu arbeiten und nicht mit nach Hause zu nehmen	Verantwortung bei Klienten lassen und nach Arbeit abschließen			
	174 ff.	Verantwortung bei dem Klienten lassen				
	176	Sie hat gelernt eigene Prozesse klarer zu sehen	Persönliche Erfahrung eigener Prozesse			
	177 ff.	Hilfepläne schrieben, über das was bereits passiert ist, was die Ziele sind, wohin sich diese in den nächsten Jahren bewegen sollen, wann die Ziele erreicht sind und wie das gemessen wird	Hilfepläne, als Darstellung und Reflexion der Arbeitsweise mit dem Klienten und den jeweiligen Zielen	Reflexion der Arbeit durch Hilfepläne	**Aktuelle Arbeitsstelle**	*Vorgaben der Einrichtung*
	182 ff.	Die Berichte sind eine gute Möglichkeit, Dinge zu reflektieren, sich neu zu fokussieren, das Ziel weiterzuverfolgen und zu überlegen, ob die Maßnahme noch passend ist, also ob die Person allein zurechtkommen würde, warum das betreute Wohnen noch notwendig ist und was benötigt wird um die Ziele zu erreichen				
	187	Das ist immer ein Veränderungsprozess		Veränderung als Kern der Gestalttherapie	**Gestalttherapie**	*Inhalte*
	187 ff.	Das ist auch das Kernstück der Gestalttherapie: Begleitung von Menschen in Veränderungsprozessen	Kern der Gestalttherapie: Menschen in Veränderungsprozessen begleiten			
	189 f.	Das Ideal ist Dinge deutlich zu machen und den Klienten Handwerkszeug zu geben	Klienten zur Selbsterkenntnis und -hilfe fördern			
	191	Besonders gut gefällt ihr der humanistische Ansatz	Humanistischer, ganzheitlicher Ansatz, Menschenbild, Einbringen als Person	Menschenbilder der Gestalttherapie		
	192	der ganzheitliche Ansatz				
	192	das Menschenbild				

	193	und das Einbringen als Person				
	193 ff.	Also dass man sich in der Arbeit mit dem Klientel auch als Person zeigen kann und seine Meinung zu einem bestimmten Prozess sagen darf				
	195 f.	Das überrascht manchen Klienten, dass es nicht so verschieden ist, sondern dass das alles normal ist.	Krise, als normales Erlebnis und Verhaltensweisen, die aktuell hinderlich sind, waren früher hilfreich, Dinge ausprobieren, Ermutigung des Klienten	Normalität von Krisen		
61	197	Eine Krise durchzumachen				
	198 ff.	Verhaltensweisen, die aktuell hinderlich sind, aber früher sehr hilfreich waren				
	200 f.	Dann aber sich vorzuwagen und Dinge mal anders zu machen oder auszuprobieren				
	201 f.	Der Aspekt, den Klienten zu ermutigen, an etwas heran zugehen, wenn sie möchten				
	203	Dabei gilt es jedoch das es für diese Arbeit keine Therapieauftrag gibt.	Kein Therapieauftrag und die Notwendigkeit von therapeutischer Unterstützung	Abgrenzung vom Therapieauftrag	**Aktuelle Arbeitsstelle**	*Vorgaben der Einrichtung*
	203 ff.	Wobei es Ähnlichkeiten gibt, und zwar, dass Ziele ausgehandelt werden, was erreicht werden soll.				
	206 f.	Gerade bei Traumaerlebnissen wird an Therapeuten verwiesen				
	208	Mit der Gestalttherapie können Menschen kreativ begleitet werden.	Gestalttherapie zur kreativen Begleitung	Gestalttherapeutische Methoden: Begleitung, Arbeit mit Stühlen, Arbeit mit dem Körper	**Gestalttherapie**	*Methoden*
	209 ff.	Die Arbeit mit den Stühlen, ermöglicht es sich auf verschiede Stühle zu setzen und auszuprobieren, wie sich das anfühlt, in einem bestimmten Zustand zu sein oder bei einer Entscheidungsfindung abzuwägen, wie sich eine Veränderung oder ein Bleiben in der aktuellen Situation anfühlen würde-	Arbeit mit den Stühlen zur Selbstexploration und Entscheidungsfindung			
	214 f.	Arbeit mit dem Körper in der Gestalttherapie	Arbeit mit dem Körper			

	214 ff.	Es kann viel gemacht werden, zum Beispiel Dinge suchen, Behördengänge, abfedern, begleiten, bezüglich materieller Sachen, wie eine Spende beantragen.	Bearbeiten von praktischen Aufgaben	Bearbeiten von praktischen Aufgaben	**Aktuelle Arbeitsstelle**	*Aufgaben*
	217 f.	Wichtig ist, dass der Mensch lernt, gut mit sich umzugehen bezüglich der Gedanken und Gefühle, sich kennenzulernen	Positives Selbstwertgefühl und Ermutigung zur Veränderung in einem Rahmen	Ermutigung zur Veränderung	**Gestalttherapie**	*Methoden*
	218 ff.	Gedanken, Gefühle und Ängste können Menschen davon abhalten bestimmte Schritte zu gehen.				
	220	Dafür soll Raum gegeben werden				
	220 f.	Sowie die Ursache der Ängste erforscht werden				
	221 f.	Da sind die gestalttherapeutischen Ansätze ein großer Schatz.	gestalttherapeutische Ansätze als Schatz			
	223 f.	Vorbereitung auf das Interview durch das Lesen eines Buches	Weiterbildung zum Thema Trauma	Körperorientierte Traumaarbeit	**Berufsbiografie**	*Weiterbildungen*
	224 f.	In den letzten Jahren viel mit Trauma beschäftigt				
	226 f.	Fortbildung in der körperorientierten Traumaarbeit gemacht				
	227 ff.	In dem Buch gelesen und typisch gestalttherapeutische Methoden zur Begleitung erkannt.	Ähnlichkeit der körperorientierten Traumaarbeit und Gestalttherapie: Ergänzung der Erklärungsmodelle zur Veranschaulichung		**Gestalttherapie**	*Methoden*
	229 f.	Parallelen zur Traumaentstehung und dem Umgang mit Trauma erkannt.				
	230 ff.	Die neuen Erklärungen, für die Arbeit mit Klienten				
62	232 f.	Woher Dinge kommen, wie das menschliche Gehirn funktioniert, was der aktuelle Forschungsstand ist				
	234 ff.	Sowie Erklärungsmodelle, wie der Mensch funktioniert, warum das so ist und dass die Angst in Überforderungszuständen normal ist oder eine Depression entsteht.				
	236 f.	Die Erklärungsansätze helfen bei der plastischen Veranschaulichung.				

	238 f.	Die Methoden zum Umgang mit Trauma sind der Gestalttherapie sehr ähnlich.				
	245 f.	Offener Umgang mit Suizidalität	Offener Umgang mit Suizidalität, Leben und Tod, Rahmen dafür schaffen	Gestalttherapeutischer Umgang mit Krisen und Suizidalität	**Gestalttherapie**	*Inhalte*
	246 f.	Leben und Tod macht vielen Menschen Angst.				
	247 f.	Anfangs wusste die IP nicht so genau, wie sie damit umgehen soll				
	248 f.	Es soll ein Raum geschaffen werden, in dem solche Themen angesprochen werden können.				
	250 ff.	Bei psychischen Erkrankungen geht es oft um Sinnfragen, gerade bei Depressionen und Traumata	Psychische Erkrankungen werfen Sinnfragen und spirituelle Fragen auf. Die Fragen sind normal sowie die Schwierigkeiten, gerade bei einer schwierigen Vergangenheit	Grundsätzlicher Umgang mit Krisen und Suizidalität	**Psychische Erkrankungen, Krisen, Suizidalität**	*Krisen und Suizidalität*
	252	Es waren auch spirituelle Fragen gestellt				
	253	Auf dieser Ebene werden existenzielle Fragen gestellt				
	254 f.	Den Raum geben, dass solche Gedanken sein dürfen und normal sind.		Gestalttherapeutischer Umgang mit Krisen und Suizidalität	**Gestalttherapie**	*Methoden*
	255 f.	Auch das es Krisen gibt und Trigger, die der Person immer wieder Schwierigkeiten bereiten.				
	258	Gerade bei Personen mit einer schwierigen Vergangenheit				
	258 ff.	Eine Klientin der IP hat viel Gewalt erlebt in ihrer Vergangenheit. Bis zu ihrem achtundzwanzigsten Lebensjahr, wurde sie von ihrer Familie gefangen gehalten und sexuelle missbraucht und zur Prostitution gezwungen. Sie stellt sich auch immer wieder die Fragen, warum ihr das passiert ist und ob der Tod nicht besser wäre.	Beispielklientin II hat viel Gewalt erlebt und stellt sich Sinnfragen bezüglich des Lebens und Sterbens			
63	263 f.	Dann gilt es einfach da zu sein, das miteinander auszuhalten, auch wenn jemand weint. Das ist gut.	Da sein in emotionalen Momenten und Trauer zu lassen			
	265 ff.	Früher hatte die IP immer das Gefühl, die Krise möglichst schnell zu beenden, dass es der betroffenen Person besser geht.				

	268 ff.	Die Gestaltausbildung hat dabei geholfen, das zu akzeptieren, dass Emotionen gezeigt werden, dass Sachen und Vergangenheit betrauert wird.				
	270 ff.	Klienten haben schwere Situationen erlebt und das darf betrauert werden, dabei wirkt die IP unterstützend.				
	274 ff.	Aber es soll auch überlegt werden, ob es noch mir gibt, als nur das Schlechte.	Gezielt positive Anteil suchen und stärken, die Leben wollen			
	276 ff.	Das gestalttherapeutische kommt zum Tragen, um Anteile zu suchen, die noch Leben wollen und lebenswertes erkennen.				
	278ff	Die Beispielklientin, kann schnell wechseln und mit ihrem kindlichen Anteil ist sie trotz der schweren Vergangenheit noch sehr zugänglich.	Beispielklientin II hat Methoden erlernt, mit den sie von ihren negativen Erlebnissen in die Gegenwart wechseln kann.			
	281 ff.	Mit Hilfe ihrer Therapeutin hat sie Methoden gefunden, um damit umzugehen, zum Beispiel, indem sie Sachen aufschreibt und Bilder malt.				
	287 ff.	Da durch gelingt es ihr, die Vergangenheit auszudrücken und wieder in das Jetzt zu wechseln und schöne Dinge zu machen.				
	291 f.	Es ist sehr wichtig für die Personen da zu sein.				
	292 ff.	Bei Suizidalität handelt die IP mit demjenigen aus, dass es besser ist in die Klinik zu gehen, weil die Kontrolle nicht mehr da ist und die Gefahr von Selbstverletzung besteht.	Bei Suizidalität werden Absprachen zum Umgang damit getroffen, um den Klienten zu schützen und der Anteil wird gestärkt, der Leben will. Zudem kann die Beziehung als Schutzfaktor dienen.	Sozialarbeiterischer Umgang mit Suizidalität	**Soziale Arbeit**	*Notfallvorgehen*
	295 ff	Manchmal werden auch von Termin zu Termin Absprachen getroffen und auf das Einhalten dessen verlässt sich die IP.				
64	297 f.	Das dadurch auch der Anteil gestärkt wird, der Leben möchte.				

	298 f.	Auch die Beziehung zwischen Klient und IP kann zu einer gewissen Verbindlichkeit führen.				
	299 ff.	Auch das Besprechen von Maßnahmen, zum Beispiel den Krisendienst oder Notfallambulanz anzurufen.				
	302	Krisen, sind nach Meinung der IP ganz normal	Krisen sind normal	Krisen sind normal	**Psychische Erkrankungen, Krisen, Suizidalität**	*Krisen*
	303 f.	Die Klienten sind oft sehr Krisenerfahren und können damit auch umgehen, auch wenn diese das oft nicht erkennen.	Klienten sind z.T. Krisenerfahren und können damit besser umgehen, als sie denken.	Krisenerfahrene Klienten	**Aktuelle Arbeitsstelle**	*Klientel*
	305	Ressourcenorientierte Arbeit	Methoden zur Traumaarbeit: Grenzen wahren, Ressourcen identifizieren, Kontakt aufbauen, Orientierung ins Hier und Jetzt	Freiwillige Auswahl der Methoden	**Soziale Arbeit**	*Weiterbildungen*
	306 f.	Im Zusammenhang mit der Traumatherapie haben sich folgende Methoden ergeben:				
	308	Wahren der eigenen Grenzen				
	308	Vorhandene Ressourcen identifizieren				
	309	Kontakt zu anderen aufbauen				
	309 ff.	Orientierung, wo man ist, im Hier und Jetzt oder in der Vergangenheit				
	311 ff.	Mit der Liste macht die IP dem Klienten ein Angebot.	Klient kann Angebot auswählen oder ablehnen, z.T. gestalttherapeutische Bearbeitung			
	314 ff.	Anschließend kann der Klient entscheiden, ob er das Angebot annehmen möchte.				
	317 f.	Das Thema wird dann auch mit gestalttherapeutischen Methoden beleuchtet.				

	321 ff.	Methode mit den Stühlen: Der Klient untersucht verschiedene Aspekte genauer, mit welchem Anteil von sich sie besser eine Entscheidung treffen zu können oder sich besser kennenzulernen.				
	324	Dann gibt es noch Experimente.	Experimente	Experimente mit Klienten machen	**Gestalttherapie**	*Methoden*
	324 ff.	Beispielklientin III ist wissbegierig und aufgeschlossen neues auszuprobieren.	Beispielklientin III ist interessiert an neuem und macht Hausaufgaben, um etwas gegen ihre Traurigkeit zu machen. Dafür soll sich bewusst kleine Momente im Alltag erleben und diese mit der IP besprechen.			
	326	Sie bekommt kleine Hausaufgaben				
	327 ff.	Sie ist eher traurig und hat gedacht es gibt einen Zustand, in dem man immer glücklich ist, denn es aber der IP nach nicht gibt.				
65	331 f.	Daher soll die Klientin üben keine Momente zu würdigen, in dem sie diese bewusst erlebt.				
	332 f.	Eine Hausaufgabe war zum Beispiel beim Spazieren mit ihrem Hund Sachen ganz bewusst wahrzunehmen				
	335 ff.	Und sich mal Zeit nehmen im Hier und Jetzt zu sein und den Körper zu beobachten				
	337 f.	Im Laufe des Tages soll sich Momente einfangen und bewusst erleben.				
	338 ff.	Das lässt sich dann die IP erzählen und sie spüren den Erlebnissen nochmal gemeinsam nach, was im Körper passiert und wo es gespürt wird.				
	342 ff.	Dadurch soll der Anteil gestärkt werden, der positive Dinge wahrnimmt, um eine allgemeine Verbesserung zu erreichen.				
	345 ff.	Da es manchmal schwierig ist Sachen zu spüren, gerade für das Klientel, dass einen schwierigen Zugang zu sich hat und sich sehr stark abwertet, vermutlich durch die Stigmatisierung der Gesellschaft.	Starke Abwertung der eigenen Person, erschwert das Spüren des eigenen Körpers.	Körperorientierte Arbeit		

	346 f.	Dafür hat die IP auf ihrer Liste einen extra Themenschwerpunkt Körper.	Themenschwerpunkt Körper zum Wahrnehmen und Wertschätzen dessen			
	352 f.	Experimente, wo der Klient gerade in seinem Körper ist.				
	353 f.	Ziel dessen ist es vielleicht den Körper mehr wertzuschätzen.				
	354 f.	Da viele Klienten ihrem Körper und sich selbst abwerten.				
	355 ff.	Der Körper ist ein großes Geschenk und man bekommt nur diesen.	Körper als Geschenk wertschätzen			
	357	Es ist wichtig sich selbst wertzuschätzen.				
	357 f.	Es sollen auch Glaubenssätze sichtbar gemacht werden, also was man gerade zu sich sagt.	Glaubenssätze, inneren Dialog und Umgang mit sich sichtbar machen	Arbeit mit Glaubenssätzen		
	358	Der innere Dialog soll sichtbar gemacht werden.				
	359 ff.	Wie gehe ich mit mir um und ob das hilfreich ist oder nicht führt als Experiment				
66	367	Konkret verhindern ist schwierig				
	368 ff.	Gestalttherapie ist eine Möglichkeit um präventiv tätig zu werden und zu unterstützen, dass es nicht dazu kommt.	Gestalttherapie ist präventiv	Gestalttherapie arbeitet präventiv	**Gestalttherapie**	*Inhalte*
	370 ff.	Konkret verhindern, würde bedeuten, dass jemand danach kommt und sagt, er hat sich wegen einer Methode nicht umgebracht.	Suizid konkret verhindern ist schwierig			
	372 f.	Gestalttherapie als Methode, um sich besser kennenzulernen.	Sich und seine Tendenzen besser kennenzulernen und von außen zu betrachten und entsprechend zu handeln	Sich besser kennenlernen		*Methoden*
	373 f.	Auch die Tendenz besser kennenzulernen, die sich umbringen will.				
	375 f.	Methoden zu bekommen, die einem helfen einzugreifen, wenn man solche Gedanken hat				
	376	Sich selbst anzuschauen von außen.				

	377 ff.	Eine Instanz zu entwickeln, die eine von außen betrachtet, um zu beobachten, was gerade in einem vorgeht und ob es hilfreich ist dem Impuls zu folgen oder sich abzulenken.				
	380 f.	Den Atem setzt die IP ein, um sich selbst zu beruhigen	Atmung zur Beruhigung	Atmung		
	281 ff.	Gestalttherapeutische Methoden ermöglichen es Dinge auszuprobieren und dadurch etwas zu erhalten, was in dem Moment wirksam ist.	Experimente mit der Gestalttherapie machen und dadurch individuelle situationsspezifische Methoden herauszufinden			
	384 ff.	Beispielklientin IV ist sehr aufgeregt und hat viele Sachen im Kopf.	Beispielklientin IV ist häufig in der Flucht-Kampf-Position und kommt mit der Atmung im Hier und Jetzt an, zur Ruhe und kann sich besser spüren.			
	386 ff.	Mit ihr hat die IP ein Ritual mit dem sie im Hier und Jetzt ankommt, also wo sie gerade ist und das sie sich in einem von außen geschützten Raum befindet.				
	388 f	Die IP leitet dafür eine Atemübung an bei der Klientin ganz ruhig wird.				
	390 f.	Die Klientin IV äußert, dass sie es gerne in der nächsten Sitzung nochmal machen möchte.				
	391 ff.	Die IP ermutigt die Klientin IV es selber auszuprobieren und in den Alltag zu integrieren.				
	393 ff.	Dadurch soll sich die Klientin IV besser spüren.				
67	395 f.	Für den Körper ist es anstrengend, wenn er sich in der Flucht-Kampf-Position befindet.				
	396 f.	Durch einfache Übungen kann der Körper beruhigt werden.				
	397 ff.	Arbeiten in einer Gruppe bzw. WG mit vier Frauen, die recht aufgeschlossen sind.	Arbeiten mit Gruppen bzw. mit einer WG, WG als Spiegel der Gesellschaft, Frauen sind aufgeschlossen und gehen	Arbeit mit Gruppen		

	400 ff.	Übungen wie Grenzen erfahren, sich ein positives Feedback geben, nicht direkt gestalttherapeutisch. Experimente machen.	wertschätzend miteinander um. Dadurch können Übungen, wie sich positives Feedback geben, Grenzen erfahren und Experimente machen. Es ist auch die Arbeit mit Einzelnen möglich, die neues mit der WG ausprobieren			
	403 ff.	Wohngemeinschaft als kleiner Kosmos, der das Miteinander in der Gesellschaft widerspiegelt.				
	406 ff.	WG ist aufgeschlossen neues auszuprobieren und im Umgang miteinander sehr wertschätzend.				
	407 ff.	Ermöglicht die Arbeit mit Einzelnen, Dinge in der WG auszuprobieren und dabei in sich zu füllen.				
	411 ff.	Neue Impulse erleben und ausprobieren.				
	418 f.	Gestalttherapie 2007 bis 2011 gemacht, vier Jahre lang.	Gestalttherapieausbildung von 2007 bis 2011	Ausbildung zur Gestalttherapeutin	**Berufsbiografie**	*Weiterbildungen*
	419 ff.	Zwei Fortbildungen in dem Bereich, u.a. Trauma und Gestalttherapie	Fortbildungen zum Thema Trauma und Gestalttherapie, hypnosystemische Ansätze, jedoch vermischen sich die Inhalte	Fortbildungen		
	422	Fortbildung zu hypnosystemischen Ansätzen				
	423 f.	Inhalte vermischen sich				
	424 f.	Fortbildung zur körperorientierten traumatherapeutischen Arbeit				
	427 f.	Ganzheitlichkeit	Mensch ganzheitlich Betrachteten, mehr als nur biologische Fehlfunktion. Betrachtung der Situation und sozialen Einflüsse	Ganzheitliche Betrachtung einer Person, nicht nur biologisches	**Gestalttherapie**	*Inhalte*
	427 f.	Ganzheit des Menschen zu sehen, nicht nur biologische Fehlfunktionen im Gehirn				
68	328 f.	Ungleichgewicht der Neurotransmitter				
	429 ff.	Zusammenhang mit der Situation der Klienten				
	431 f.	Große Rolle der Sozialen Einflüsse				
	432 f.	Medikamente als Unterstützung bei Depression und Suizidalität	Medikamente als Unterstützung			

	433 f.	Medikamente als Hilfsmittel für den Klient aus dem Loch zu kommen				
	435	Es ist nicht nur ein biologisches Ungleichgewicht				
	435 f.	Fokus der Pharmaindustrie darauf	Medikamente sind nicht so wichtig, wie andere Dinge			
	437 ff.	Ärzte fragen körperliche Erscheinungen ab				
	438 f.	Anpassung der Medikamente				
	439 ff.	Andere Dinge sind viel wichtiger als Medikamente				
	445 ff.	Großer Einfluss des Umfelds in dem man aufgewachsen ist, Kultur und Erziehung				
	447 ff.	Gesellschaft wirkt auf psychische Erkrankungen	Gesellschaftliche Ursachen von psychischen Erkrankungen. Schwieriges Miteinander und unerfüllte Bedürfnisse, zusammenhängend mit Individualismus.			
	449 f.	gesellschaftliche Erschöpfung				
	450 ff.	Durch Corona verstärkt				
	452 f.	Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Miteinander, unerfüllte Bedürfnisse				
	453	Individualistische Gesellschaft				
	454 ff.	Manche Krisen als Möglichkeit zu wachsen	Krisen als Wachstumsmöglichkeit und Bereicherung. Umgang mit sich lernen	Krise als Wachstumsmöglichkeit	**Psychische Erkrankungen, Krisen, Suizidalität**	*Erleben der Klientenposition*
	456 f.	IP hat die Krise als Bereicherung erlebt, die ihr auf ihren Lebensweg geholfen hat, trotz der Schmerzhaftigkeit				
	457 f.	IP hat viel durch die Krise gelernt, für sich und für ihr Arbeiten				
	459	Zwanzig Jahr in dem Bereich	Seit langer Zeit Freude an der Arbeit mit Klienten, trotz weniger positive struktureller Gegebenheiten	Gesundes Arbeiten		
	459	Freude bei der Arbeit, in der direkten Arbeit mit dem Klienten				
69	460	Strukturelle Gegebenheiten sind schwierig				
	465	Soziale Arbeit und Gestalttherapie lassen sich sehr gut kombinieren	Soziale Arbeit und Gestalttherapie lassen sich gut kombinieren	Soziale Arbeit und Gestalttherapie	**Soziale Arbeit**	*Soziale Arbeit und Gestalttherapie*

	465 ff.	In vielen Bereichen anwendbar, auch in der Kinder- und Jugendhilfe und der Arbeit mit psychisch Kranken	Gestalttherapie in vielen Bereichen der Sozialen Arbeit anwendbar	lassen sich gut kombinieren.		
	468 f.	Viel Freiheit in der Arbeit mit den Klienten	Freiheit in der Arbeit mit Klienten, Absprache zwischen Klient und IP	Freiheitliche und nahe Arbeit mit den Klienten	**Aktuelle Arbeitsstelle**	*Aufgaben*
	469 ff.	Beziehung in Absprache mit dem Klienten selber gestalten				
	470 ff.	Freiheit Sachen selber auszuprobieren				
	473	Nahe Arbeit mit den Klienten	Mit Klienten direkt und nah arbeiten.			
	473 ff.	Dinge mit Klienten erleben, z.B. spazieren gehen, Sachen miteinfließen lassen, Begleitung, zusammen kochen, Sachen ausprobieren, neue Dinge gemeinsam machen und nicht nur Hausaufgaben geben.				
	478 f.	Konfliktfelder	Weniger gestalttherapeutisches Handeln, wenn gehandelt werden muss, zum Wohl des Klienten.	Akutes Handeln in einer Krise	**Soziale Arbeit**	*Notfallvorgehen*
	480 f.	Situationen, in den gehandelt werden muss				
	481 f.	Entscheidung der IP, ob Klient selbst entscheiden darf oder nicht				
	482 f.	Vor allem, wenn es um Leben oder Tod geht				
	483 f.	IP kein gutes Gefühl hat				
	484 f.	Gestalttherapie hat der IP ermöglicht sich mehr zu vertrauen	Vertrauen in sich und sein Gespür entwickeln und das Reflektieren und Ansprechen.	Einschätzen des Gefährdungsrisiko s als Sozialarbeiter als Resonanz	**Gestalttherapie**	*Gestalttherapeutis cher Umgang mit Krisen und Suizidalität*
	485	Arbeit mit sich als Resonanz				
	486	Was bei dem anderen auffällt und gespürt wird				
	487	Sich vertrauen				
	487 f.	Sachen anzusprechen, die wahrgenommen werden				
	488 ff.	Fähigkeit zu überlegen, ob das ein eigener Anteil oder eine Emotion oder Signal vom Gegenüber ist				
	490 ff.	Einschätzung der Situation und gegebenenfalls eine Einweisung ins Krankenhaus	Einschätzung des Gefährdungsrisikos, Methoden mit denen erspürt wird, wie es dem Gegenüber geht, zum			
70	492 ff.	Vor allem, wenn die Person schwer depressiv ist und eher nicht allein gelassen werden sollte				

	494 f.	Methoden, um herauszufinden, wie es dem Gegenüber geht	Beispiel durch Sachen ausprobieren und Gespräch			
	495	Sachen ausprobieren und ins Gespräch kommen				
	495 ff.	Spüren, ob der Klient noch gut handeln kann und bewusst Entscheidungen trifft, gerade bei Psychosen und starker depressiven Phase				
	499 f.	Vorher aushandeln, ab wann eingegriffen wird	Vorgehen mit Klient vorher aushandeln und Netzwerk aufbauen	Notfallvorgehen mit Klienten aushandeln	**Soziale Arbeit**	*Notfallvorgehen*
	500 ff.	Vereinbarung mit Klientin, dass wenn IP keinen Kontakt mehr bekommt, die Betreuerin informiert und dann mit der Polizei ins Krankenhaus kommt				
	504 f.	In solchen Situationen kann nicht mehr experimentiert werden oder Sachen mit der Gestalttherapie zu lösen	Gestalttherapie zum Einschätzen, aber nicht zum Handeln in Krisen.	Gestalttherapie zur Einschätzung	**Gestalttherapie**	*Gestalttherapeutischer Umgang mit Krisen und Suizidalität*
	505 f.	Gestalttherapie, um Situationen einschätzen zu können und dafür Methoden anwenden.				
	506 f.	Signale und Dinge besser einschätzen und handeln zu können.				
	508 f.	Gestalttherapie ist sehr breit gefächert und kann in vielen Bereichen in der Arbeit mit psychisch Kranken eingesetzt werden.	Gestalttherapie ist vielfältig einsetzbar.	Vielfalt der gestalttherapeutischen Methoden		*Methoden*
	510	Gute Mischung	Praktisches Arbeiten mit Klienten			
	510 ff.	Für Klienten, mit denen praktisch und konkret gearbeitet wird, z.B. Wohnung suche, Möbel aufbauen, …				
	513 f.	Experimente sind vielfältig einsetzbar	Vielfalt der Experimente, Möglichkeit individuelle freiwillige Angebote zu machen. Ablehnung des Klienten respektieren			
	514 f.	Zugeschnitten auf den Klient und seine Ziel				
	515	Möglichkeit des Klienten Angebot abzulehnen				
	516 ff.	IP merkt, dass Klientin, dass nicht will, was vorgeschlagen wurde, z.B. sich kennenlerne oder Beziehungsgestaltung, weil es sie nicht anspricht und es für sie gerade in Ordnung ist				
	520 f.	Entscheidung des Klienten respektieren und akzeptieren				

	521 ff.	Orientierung am Klient, nicht was der IP nach vielleicht gut wäre.				
71	529 ff.	Vereinbarung in der Einrichtung, wenn der Klient in einer Krise ist oder die IP das Gefühl hat es geht ihm nicht gut	Vereinbarung mit der Einrichtung, dass in Krisen oder Verdachtsfällen im Idealfall zwei Personen zur Einschätzung vor Ort sind. Dadurch ist eine Einschätzung von außen möglich und Entscheidungen können zu zweit getroffen werden.	Vereinbartes Vorgehen mit der Einrichtung im Krisenfall	**Aktuelle Arbeitsstelle**	*Vorgaben der Einrichtung*
	531 f.	Bestenfalls in eine krisenhafte Situation zu zweit gehen.				
	533 f.	Mit Kollegen zum Klienten fahren, weil man keinen Kontakt bekommt				
	535	Schätzen gemeinsam die Situation ein				
	535 f.	Wenn die IP bei jemanden merkt, dass er komisch ist und dann einen Kollegen zur Hilfe holt				
	536 f.	Das ein Kollege im Krisenmodus dazu kommt und die Situation miteinschätzt				
	538	Damit bestimmte Entscheidungen nicht allein getragen werden müssen				
	539	Blick einer fremden Person				
	539 f.	IP meistens sehr stark mit Klienten im Kontakt				
	540 ff.	Person von außen kommt und die schwierige Situation mit einschätzt				
	542 f.	Manchmal kann jedoch niemand kommen und die Entscheidungen müssen allein getroffen werden				
	543 f.	Im Idealfall wurde vorher mit Klienten eine Vereinbarung getroffen	Vereinbarung mit Klienten im Krisenfall getroffen, anhand von bereits erlebten Krisen	Krisenvorbereitung anhand von bisherigen Krisen	**Soziale Arbeit**	*Notfallvorgehen*
	544 f.	Situationen rekonstruieren, bevor es zu einer Klinikeinweisung gekommen ist				
	546	Mit Klienten besprochen				
	546 ff.	Mit Fragen einschätzen, ob die Person verwirrt ist und inwieweit sie noch in der Realität verhaftet, ist	Mit Fragen Innenwelt des Klienten einschätzen	Fragen zur Gefährdungseinschätzung	**Gestalttherapie**	*Gestalttherapeutischer Umgang mit Krisen und Suizidalität*
	548 f.	Herausfinden, was in der Innenwelt des Klienten vor sich geht.				

	549 f.	Entscheidung je nach konkretem Fall treffen	Fallspezifische Einschätzung	Fallspezifische Einschätzung	**Soziale Arbeit**	*Notfallvorgehen*
	550 f.	Latent suizidale Klienten oder mit großer Todessehnsucht	Arbeit mit Anteilen bei latent suizidale Klienten und Lösungen suchen.	Lösungen mit Anteilen erarbeiten	**Gestalttherapie**	*Methoden*
	552 f.	Mit verschiedenen Anteilen arbeiten				
	554	Anteil betrachten, der nicht leben möchte				
	554 f.	Zeitnehmen, Raum geben und überlegen, was helfen kann				
	555 ff.	Anteile miteinander agieren und handeln lassen				
72	562 ff.	Gesundes Arbeiten in dem Arbeitsfeld ist es wichtig sich gut zu kennen und entscheiden zu können, inwieweit man sich auf eine Beziehung einlässt	Gesundes und verantwortliches Arbeiten im Hinblick auf Beziehungen	Gesundes und verantwortliches Arbeiten im Hinblick auf Beziehungen	**Soziale Arbeit**	*Soziale Arbeit und Gestalttherapie*
	565 f.	Einige Kollegen haben Zusatzsausbildung gemacht, z.B. systemische	Zusatzausbildungen, um die Arbeit attraktiver für Klient und Sozialarbeiter zu machen.	Zusatzausbildungen, um die Arbeit attraktiver zu machen		*Weiterbildungen*
	566 f.	Lust Dinge zusammen mit Klienten auszuprobieren				
	568 f.	Lust sich auf Menschen einzulassen, Beziehungen einzugehen, Begleitung				
	569 f.	Gestalttherapie als Grundlage um lange gesund zu bleiben, mit sich auseinanderzusetzen	Gesunde Arbeit, durch Selbstexploration und Selbstfürsorge	Gesundes Arbeiten durch Selbstexploration und Selbstfürsorge		*Soziale Arbeit und Gestalttherapie*
	571 ff.	IP hat herausgefunden, was sie will, wohin es geht und was ihre Bedürfnisse sind				
	573	Helfen der Sozialpädagogen, Sozialarbeitern ist familiär bedingt	Bedürfnis zu helfen, als Kriterium für die Berufswahl, diese reflektieren, um Blindeflecken und Erfahrungen aufzudecken, um klientenorientiert zu arbeiten.	Reflexion der Berufsentscheidung		
	574	Helfen ist in den Familien normal				
	575 f.	Beruf wurde gewählt, um Menschen etwas Gutes zu tun und diese zu begleiten				

	576 f.	IP hat ihren beruflichen Entscheidung reflektiert, die Anteile zu explorieren und verborgenes, sowie Blindeflecken zu entdecken				
	578 ff.	Erlebnisse aus der Familie und Vergangenheit identifizieren, die einen bei bestimmten Themen bei Klienten triggern.				
	580 f.	Arbeit ist sehr eng mit dem Klienten	Arbeiten in einem emotional herausfordernden Arbeitsfeld	Arbeiten in einem emotional herausfordernden Arbeitsfeld	**Aktuelle Arbeitsstelle**	*Aufgaben*
	586 ff.	Arbeitsbereich mit Beratung und Begleitung bei emotionalen Themen und schweren Schicksalen				
73 - 74	589 ff.	Gestalttherapie als hilfreiche Grundlage, um weiter zu schauen.	Gestalttherapie als hilfreiche Grundlage für andere Themen	Gestalttherapie als Grundlage	**Gestalttherapie**	*Inhalte*
	605 ff.	Grundlage der Gestalttherapie auch bei vielen andern Fortbildung erkennbar				
	607 ff.	Veränderung bei Klienten geht über den Körper und weniger über den Kopf	Veränderung geht über den Körper und weniger über den Kopf. Gespür für den Körper entwickeln.	Gespür für den Körper entwickeln und so Veränderung erwirken		
	609 ff.	Klienten sind Experten ihrer Krankheit und wissen viel theoretisch, z.B. wie die Krankheit entsteht				
	611	Können aber häufig nicht in ihren eigenen Körper spüren				
	611 ff.	Prozess der Veränderung wird durch die Gestalttherapie unterstützt				
	613 f.	Selbsterfahrung ist sehr gut	IP hat Inhalte verinnerlicht	Gestalttherapie als berufliche Unterstützung		*Reflexion*
	614 ff.	Inhalte hat die IP verinnerlicht und laufen z. T. unbewusst ab				
	620 ff.	Mit dem Feierabend ist die Arbeit abgeschlossen und die IP nimmt die Arbeitsinhalte nicht mehr mit nach Hause				

9.6. AUSWERTUNG: KATEGORIEN

Kategorien	Unterkategorien	Definition	Ankerbeispiele
Berufsbiografie	*Studium*	Fachhochschulausbildung zur Sozialarbeiterin	"Ich habe studiert in Jena. […] Von 93 bis 97" (Z. 2 f.)
	Beruflicher Werdegang	Arbeitsfelder in denen bereits gearbeitet wurde	"Und über die Suchtberatungsstelle habe ich dann auch meinen ersten Job bekommen […] und habe dann zwei Jahre in einer Suchtberatungsstelle gearbeitet [m]it angegliedertem betreuten Wohnen." (Z. 11 ff.)
	Werdegang zur Gestalttherapeutin	Persönlicher Weg zur Gestalttherapie	"Bewogen hat mich eigentlich dazu meine persönliche Erfahrung mit der Therapie." (Z. 50)
	Weiterbildung	Zusätzliche Fort- und Weiterbildungen der IP zur Gestalttherapie, die das Arbeiten mitbeeinflussen	"[I]ch habe mich in den vergangenen Jahren viel mit Trauma beschäftigt. Hab online auch in der Corona-Zeit auch eine Fortbildung gemacht, da geht es um körperorientierte Traumaarbeit". (Z. 225 ff.)
Aktuelle Arbeitsstelle	*Aufgaben*	Konkretes Beschreiben der Arbeitsweise in dem aktuellen Beruf.	„In dem Bereich war es dann so, dass ich gemerkt habe, dass man sehr sehr eng mit Menschen zusammenarbeitet. Weil wir sehr, ich sag mal lebensnah arbeiten. Also Begleitungen, Hausbesuche, Krisenintervention und. Ich da sehr nah am, also wir sind sehr sehr nah an den Menschen dran. Wie ich finde näher als Psychotherapeuten, die die Klienten nur einmal in der Woche sehen, für eine dreiviertel Stunde und dann auch nur in einem Setting, was ganz ganz anders ist.“ (Z. 39 ff.)
	Klientel	Beschreibung des Klientels der aktuellen Arbeitsstelle und deren Besonderheiten.	Also wir begleiten Menschen mit psychischen Erkrankungen, das ist sozusagen die Eintrittskarte, um bei uns begleitet zu werden. Und, dass sind Menschen von achtzehn bis achtzig Jahren, mit allen möglichen Diagnosen, die man sich vorstellen kann, zum Teil auch gekoppelt mit anderen Erkrankungen.

	Vorgaben der Einrichtung	Einrichtungsinterne Vorgaben der aktuellen Arbeitsstelle.	"[W]ir müssen immer Hilfepläne schreiben, Entwicklungsberichte. In den formuliert wird, was ist passiert in dem letzten Zeitraum der Bewilligung. Was sind so die Ziele? Um was soll es gehen, in den nächsten Jahren oder zwei Jahren? Wann wir wollen wir die Ziele erreicht haben? Woran kann man das ganze messen? [Aber] ich finde es auch eine ganz gute äh Möglichkeit, um Dinge zu reflektieren, was so passiert ist und auch ein Fokus wieder zu bekommen. Wo soll es den hingehen bei der ganzen Sache? Ist die Maßnahme noch notwendig? Könnten sie nicht eigentlich schon wieder allein irgendwie schon ihr Leben jetzt leben? Was hält sie noch hier am betreuten Wohnen? Und was brauchen sie um ihre Ziele zu erreichen?" (Z. 177 ff.)
Psychische Erkrankungen, Krisen, Suizidalität	*Ursachen für psychische Erkrankungen*	Persönliche Einschätzung zur Entstehung von psychischen Erkrankungen	"Ich denke Trauma liegt dem Ganzen zu Grunde." (Z. 111)
	Erleben der Klientenposition	Persönliche Erlebnisse der Interviewpartnerin in Verbindung mit psychischen Erkrankungen	"Wobei ich im Nachhinein sagen muss, das diese Erfahrung, die ich gemacht habe, obwohl es mir gut [...] ging also objektiv, bin ich trotzdem in einen Prozess reingekommen, in dem ich das Gefühl hatte, es ist mir alles zu viel, dass ist zu viel Stress. Ich Ängste bekommen und das war wiederum auch wieder was, was mir mehr Verständnis gegeben hat für die Klienten" (Z. 83 ff.)
	Krise und Suizidalität	Allgemeine Aussagen zu Krisen und Suizidalität bezüglich des Umgangs	"[I]ch denke Krisen sind ganz normales auch und gehören zum Leben dazu" (Z. 302 f.)
Gestalttherapie	*Inhalte*	Persönliche und berufliche Einflüsse der Ausbildung zur Gestalttherapeutin	"[I]ch habe eine Möglichkeit bekommen, Methoden bekommen, um mit Klienten zusammen an bestimmten Prozessen zu arbeiten. Und gleichzeitig das aber auch bei den Menschen zu lassen." (Z. 171 ff.)
	Methoden	Erprobte Methoden der Gestalttherapie	"Aber um Menschen […] kreative zu begleiten" (Z. 208 f.)
	Gestalttherapeutischer Umgang mit Krisen und Suizidalität	Einschätzung von Krisensituation mit gestalttherapeutischen Methoden	"Wobei da natürlich auch die Gestalttherapie insofern hilft, [...] weil ich arbeite ja mit mir auch als Resonanz, was ich merk, was ich spüren bei den anderen. Und das ist auch was wo die Ausbildung geholfen hat mir selber auch zu vertrauen oder Sachen dann auch auszusprechen, die ich vielleicht wahrnehmen und gleichzeitig aber in mir die Fähigkeit entwickeln zu schauen, ist das jetzt noch mein eigener Anteil, ist das wirklich was, was ich von dem Gegenüber jetzt einfach auch bekomme an Emotion [...] oder an Signalen, die ich auch in einer Weise spüre und wenn ich ein komisches Gefühl habe, das ich dann auch sage: 'Nee, dass ist nicht tragbar. Jetzt gehen wir ins Krankenhaus.' [...] Da würde ich dann, sag ich mal nicht mehr experimentieren wollen noch[.] Wobei ich es natürlich dann auch mit Methoden herausfinde, wie es demjenigen geht.

			[...] Das ich Sachen vielleicht probiere oder oder wir miteinander reden" (Z. 484 ff.)
	Reflexion	Betrachtung der Arbeit mit der Gestalttherapie	"Ich find es sehr sehr spannend, weil ich dadurch auch selber, dass ich mit Ihnen drüber spreche, da habe ich das selber für mich nochmal Revue passieren lassen, was ich so mitgenommen habe von damals und wie Sachen einfach auch so in Fleisch und Blut übergegangen sind, die ich gelernt habe und die dann einfach so so unbewusst ablaufen und dadurch[...] denke ich, mache ich die Arbeit auch noch gern, dass ich näher dran bin und auch weit weg. Also wenn Feierabend ist, ist Feierabend und ich hab schon ewig keine Fälle mehr also keine Klientenschicksale mehr mit nach Hause genommen." (Z. 614 ff.)
Soziale Arbeit	*Reflexion*	Betrachtung der Berufsentscheidung und der Sozialarbeiter/innen allgemein	"[W]ir als Helfer, als Sozialpädagogen, Sozial Arbeiter, oft auch aus Familien kommen, wo das Helfen so was normales ist also ich denke, dass viele den Beruf nicht umsonst gewählt haben und es ja darum geht, auch was gutes zu tun oder Menschen zu begleiten" (Z. 573 ff.)
	Soziale Arbeit und Gestalttherapie	Vorteile der Gestalttherapie in Verbindung mit der Sozialen Arbeit	"Supergut. [A]lso gerade in dem Bereich. In denke in vielen Bereichen kann man es anwenden, wir hatten auch in der Ausbildung, […] Kolleginnen, die auch mit Kindern und Jugendlichen gearbeitet haben." (Z. 465 f.)
	Notfallvorgehen	Akutes Handeln im Fall einer Krise im sozialarbeiterischen Handlungsfeld.	"Ich denke es gibt Situationen, wo ich handeln muss ich jetzt auch entscheiden muss, gebe ich demjenigen auch die Freiheit zu entscheiden oder entschiede ich. [...] Wenn es um Leben und Tod geht grad. Also ich dann wirklich sag: 'Nee, dass ist mir wirklich grad zu heiß, […] da habe ich kein gutes Gefühl auch dabei.'" (Z. 480 ff.)
	Weiterbildung	Einfluss von Weiterbildung auf das sozialarbeiterische Handeln.	"[Ein] ressourcenorientiertes Arbeiten ist mir auch sehr wichtig. Ich hab zum Beispiel so eine Liste gemacht, auch aufgrund der Fortbildung, die ich bezüglich Trauma gemacht habe, mit verschiedenen Themen, die ich ganz spannend finde. Also es geht um: Wie wahre ich meine eigenen Grenzen? Was ich für Ressourcen habe ich? Wie gehe ich mit Kontakt in anderen? Wie orientiere ich mich? Wo bin ich gerade? Bin ich gerade im Hier und Jetzt oder bin ich gerade in der Vergangenheit? Es ist für verschiedene Schwerpunkte [...]. Wir nehmen uns dann auch diese Liste vor und ich mache denen einfach ein Angebot." (Z. 305 ff.) "

9.7. EIDESSTAATLICHE ERKLÄRUNG

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst habe.
2. Ich versichere, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die Standards guten wissenschaftlichen Arbeitens eingehalten zu haben.
3. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden von mir beachtet
4. Ich bin damit einverstanden / nicht einverstanden*, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
5. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Nürnberg, den 14.01.2022

_____

Marit Dürr