

# **Supervision und Coaching im Arbeitsfeld Betreutes Wohnen**

Hans Räbiger-Stratmann

## **Zusammenfassung**

Betreuer im ambulanten und stationären Betreuten Wohnen, die mit Menschen mit psychischen Störungen und Abhängigkeiten arbeiten, können die Anschlußfähigkeit an die Klienten im Betreuungssystem durch gezielt eingesetzte Sprachmuster wesentlich erhöhen.

## **Schlagwörter**

Betreutes Wohnen – Betreuungssystem - psychische Störung – Kommunikation

## **Summary**

Carer in outpatient and inpatient assisted living working with people with mental disorders and dependencies can significantly increase the ability to connect to their patient in the care system through out focused language patterns.

## **Keywords**

Assisted living – Assisted system – mental disorder – communication

## **Einleitung**

Seit Jahren begleite ich Einrichtungen und Teams, die im ambulanten und stationären betreuten Wohnen Menschen mit psychiatrischen Störungen (1) und Abhängigkeitsstörungen betreuen. Meine Begleitung der Teams besteht aus einer Mischung aus Fortbildung, Fallsupervision und Coaching der beruflichen Rollen:

- Fortbildung
  - Vermittlung von (Basis-) Wissen zu Hirnforschung, u. a. Unterschiede in der Informationsverarbeitung von gesunden und gestörten Gehirnen (2); Systemtheorie (3); familiensystemische Aspekte (4); hypnosystemische Kommunikation, Trauma- und Folgestörungen; das psychoanalytische Konzept der Gegenübertragung (5).
  - Vermittlung von familiensystemischen Konzepten, u. a. Angehörige als Kooperationspartner zu gewinnen und in die Betreuung mit einzubeziehen; Kompetenzen, zu funktionssystemischspezifischer Kommunikation zu entwickeln, womit sich speziell dieser Artikel beschäftigen soll.
- Fallsupervision
  - Wie können die Beziehungsmuster der Klienten anhand der Informationen über ihre Entwicklungs-, Behandlungs- und Betreuungsgeschichte theoriegeleitet verstanden werden.
  - Welche Gegenübertragungsphänomene bekommen die Betreuer zu spüren, und welche Hypothesen eröffnen sich daraus über das Beziehungsangebot der Klienten und deren Bedürfnislagen.
  - Gibt es noch Angehörige zu denen der Klient Kontakt hat und in welche Bindungs- oder Ausstoßungsdynamiken ist der Klient verstrickt? Wie können diese so verändert werden, daß neue Muster möglich werden? Wie können Angehörige als Kooperationspartner gewonnen werden?
- Coaching der beruflichen Rollen

- Wo entstehen im Betreuungssystem zirkulär leidvolle Beziehungsmuster, leidvoll für Klienten, leidvoll für Betreuer? Wenn etwas nicht funktioniert – laß es sein!
- Wo sind wirkungsvolle Kommunikationsmuster im Betreuungssystem zu beobachten? Was funktioniert, verfolge weiter!

## **Das Ziel und die Aufgabe**

Adolphe D. Jonas wurde einmal gefragt, welche Ziele er mit seinen Patienten therapeutisch verfolge und er antwortete „Darauf gibt es eine einfache Antwort: ‚Ich habe kein Ziel.‘ Jeder Patient hat psychisch sein völlig eigenes Leben. Wie vorhandene Potentiale sich tatsächlich entwickeln, läßt sich immer erst im Nachhinein sagen ... Ganz allgemein sehe ich die Aufgabe darin, dem Patienten dabei zu helfen, sich von seinem Verhalten, das ihn anhaltend stört, zu befreien.“ (6) Meine Aufgabe in dieser supervisorischen, coachenden und fortbildenden Arbeit ist es, den Betreuungssystemen zu helfen, sich von jenen Störungen im System zu befreien, die anhaltend stören. Dazu gehört zentral, jene zirkulären Muster zwischen Betreuern und Klienten zu entdecken und zu identifizieren, die diese Störungen aufrecht erhalten. Zirkulär daran sind beteiligt die Betreuer, wenn sie alltagssprachliche Muster verwenden, statt einer professionellen Kommunikation und wenn sie z. T. auch in den Gegenübertragungsangeboten der Klienten „mitschwimmen“ und die Klienten, weil sie aus ihrer Entwicklungs- und Lebensgeschichte Beziehungs- und Kommunikationsmuster mitbringen, mit denen sie sich bisher nicht verständlich machen konnten und die von anderen nicht verstanden wurden.

## **Die Entwicklung funktionsspezifischer Kommunikation im Betreuungssystem**

Funktionsspezifisch meint hier, daß die Betreuer-Klient-Beziehung als soziales System betrachtet wird. In diesem Betreuungssystem kommuniziert die Kommunikation auf spezifische Weise damit die Betreuung funktionieren kann. Aus professioneller Sicht wie aus Klientensicht sollte die Kommunikation Sinn machen, indem aus dem Kontingent die Vielzahl der Informationen und Mitteilungen so selektiert wird, daß beides verstanden werden und es durch das gegenseitige Verstehen zu „einem“ Reentry kommen kann. (7)

Die hier vorgestellte funktionsspezifische Kommunikation (8) ist im Laufe der letzten Jahre zwischen den begleiteten Teams und mir gemeinsam entwickelt worden. Die Ausgangslage: Die Betreuer kommunizieren mit ihren Klienten in der Alltagssprache, mit der sie aufgewachsen sind und die sie auch privat nutzen und pflegen. Das funktioniert in der Regel mit nur kleineren Abweichungen im privaten Alltag relativ störungsfrei, d. h. Anschlußfähigkeit in privaten Systemen ist gesichert. Warum aber funktioniert diese Kommunikation häufig nicht in Betreuungssystemen an denen Menschen mit psychischen Störungen und Abhängigkeiten beteiligt sind?

Die Störungen der Klienten bestehen u. a. in anderen Informationsverarbeitungen als wir selbst dies aus unserem Alltag kennen, denn sie können Probleme selbst nicht formulieren und nicht selbst an Lösungen arbeiten (9). Als Störung fallen u. a. drei bedeutsame Unterschiede zum Ungestörten (zur ungestörten Kommunikation) auf: mangelnde Objektkonstanz, Kommunikationsabbrüche und ein fehlender innerer Beobachter (10).

**Mangelnde Objektkonstanz:** die Klienten können neue äußere Objekte und die Beziehung zu ihnen, z. B. zu Menschen mit denen sie gerade zu tun haben, nicht in sich speichern (lernen) und beim nächsten zeitlich versetzten Kontakt daran anknüpfen. Ebensowenig können sie die begleitenden inneren Prozesse, affektiv wie kognitiv, ganzheitlich auf sich selbst beziehen (mangelnde Selbstreferenz) und in sich aufbewahren. Meist stehen für die nächste Begegnung nur noch innere Fragmente zur Verfügung, mit denen dann weder der Klient noch der Betreuer etwas anzufangen weiß, d. h. die kommunikativen Operationen brechen ab. Betreuer haben den Eindruck, sie fangen bei jedem weiteren Kontakt mit den Klienten (fast) wieder von vorne an, so als hätte der letzte Kontakt oder die letzten Kontakte nicht

stattgefunden. Manchmal kann an Teile der Beziehung und Kommunikation angeknüpft werden, aber nie oder kaum ganzheitlich.

**Kommunikationsabbruch:** Viele Klienten sind entwicklungstraumatisiert mit der Folge, daß durch nicht vorhersehbare Trigger im Alltag immer und immer wieder Retraumatisierungen auftreten. Diese Zustände, in die die Klienten dann geraten, sind am Verhalten des Klienten nicht immer deutlich ablesbar, verstehbar und interpretierbar. Sie äußern sich bei

- erhöhtem Sympathikotonus (Furchtsystem), u. a. mit einem Hyperarousal in Form von Übererregung, Angst, Reizbarkeit, Aggressivität, vegetativen Zeichen
- erhöhtem Parasympathikotonus (Paniksystem) mit Unterwerfung, Dissoziation der Aufmerksamkeit, Kontaktverlust, Freezing: Sprachlosigkeit, motorischer Lähmung.

Das Klientenverhalten erzeugt bei Betreuern Ratlosigkeit, Verwirrung, Unmut, wenn es nicht fachlich zutreffend interpretiert und verstanden wird. Dann fehlt ein differenziertes Wissen über Traumatisierungen und deren Folgestörungen.

**Eingeschränkte Selbstbeobachtung - der fehlende innere Beobachter:** „Selbstbeobachtung oder Introspektion bedeutet nach innen gerichtete Beobachtung. Sie dient dazu, das eigene Erleben und Verhalten zu betrachten, beschreiben und zu analysieren und kann so zu Selbsterkenntnis führen.“ (11) Viele Klienten im Betreuten Wohnen haben aufgrund ihrer psychischen Störung keine zuverlässige psychische Instanz eines inneren Beobachters. Bei manchen Klienten muß man davon ausgehen, daß diese Fähigkeit der Selbstbeobachtung überhaupt nicht (mehr) vorhanden ist.

Die Klienten sind daher nicht ausreichend fähig, Differenzen (Unterschiedsbildungen) zu ihren Umwelten, herzustellen. (12) Appelle, Hinweise, Reflexionsangebote der Betreuer werden nicht verstanden und es kann zu keinem Reentry kommen. (7) Setzen Betreuer die Versuche fort, beim Klienten „durchzudringen“, besteht ein hohes Risiko erneuter Retraumatisierung.

## **Interventionsoptionen**

Nicht nur solches Insistieren wirkt riskant, vielmehr noch bewirken Elemente unserer AlltagsSprache bei diesen Klienten ein beträchtliches Risiko, Trigger zu platzieren. Hier zunächst einige allgemein gehaltene Aspekte, die bei einer funktionsspezifischen Kommunikation berücksichtigt werden können.

### **1. Professionelle Kommunikation soll eindeutig sein.**

Aufgrund der mangelnden Fähigkeit des Klienten, Unterschiede zur Umwelt bilden zu können, ist deren Kontingent der Kommunikation sehr reduziert. Es stehen wenig Variationen an Inhalten und Mustern zur Verfügung.

Leitsatz: Sprich mit Deinem Klienten einfache Sätze, d. h. auch keine Nebensätze. Überprüfe, daß es keinen Interpretationsspielraum gibt, d. h. formuliere eindeutig.

### **2. Kommunikative Präsenz**

Zur eindeutigen Kommunikation gehört, daß die Klienten verstehen können, was verhandelbar ist, was aber auch nicht verhandelbar ist. Besonders in der stationären Wohnbetreuung kommt es im Alltagsgeschehen oft zu Situationen in denen Betreuer von Klienten etwas verlangen müssen, z. B. sich zu duschen, den Tisch zu decken, sich am Kochen zu beteiligen etc. Da kann es häufig zu einem kommunikativen „Gerangel“ kommen, weil die Klienten versuchen, sich (scheinbar) zu weigern. Welche Beweggründe auf Klientenseite eine Rolle spielen mögen, wird am Aufsatzzende betrachtet, und ich verweise zusätzlich auf Roland Schleiffer. (13) Auf Betreuerseite wird in solchen Fällen nicht präsent genug kommuniziert. „Ob Sie wohl mal den Tisch decken könnten?“ „Ich glaube, es wird Zeit, mal wieder zu duschen.“ „Sie sind heute mit Kochen an der Reihe.“ Der adressierte

Klient könnte jeden Satz mit „ja“ kommentieren, ohne das jedoch in ein Verhalten umzusetzen. Die Formulierungen der Mitarbeiter wirken „beliebig“. Tonfall, Mimik und Gestik wirken lieb und freundlich. Die beabsichtigte Wirkung, daß der Klient dem Wunsch oder der Weisung nachkommt, bleibt aus. Wenn Betreuer mit bestimmten Klienten wiederholt solche Erfahrungen über Wochen, manchmal über Monate oder gar Jahre gemacht haben, zehrt das an den Nerven – der Betreuer wie der Klienten.

Es wird eine Weile dauern bis ein neues Muster Wirkung zeigt. Der Vorteil in stationären Einrichtungen ist, daß die Betreuungsteams sich zu einem neuen Muster verabreden können und der tägliche Umgang mit dem neuen Muster zu schnelleren Ergebnissen führt als im ambulanten Setting.

Ein paar Formulierungsvorschläge, die jeweils mit ernster Mimik, souveräner Körpersprache und sicherem Tonfall zu sprechen sind – dabei natürlich respektvoll bleiben – damit für den Adressaten unmißverständlich klar wird, daß etwas nicht verhandelbar ist:

- Sie gehen bitte jetzt duschen. (d.h. man muß damit warten bis Duschen auch möglich ist.)
- Wir beide gehen jetzt gemeinsam zum Kochen. (d. h. man muß warten, bis der Kochbeginn unmittelbar bevorsteht.)
- Stellen Sie bitte vor jeden Platz einen Teller.

Die Beispiele sollen deutlich machen, daß es um eindeutige Handlungsanweisungen gehen soll, dort wo Alltagssprache nicht mehr funktioniert. Wie oben angemerkt, kommt es auf den richtigen Zeitpunkt an. Klienten mit den angedeuteten Störungen, haben in der Regel auch keine oder wenig Beziehung zu Zeit - also nicht so unbestimmte Formulierungen nutzen, wie nachher, heute mal, gleich, später etc., sondern präzise sein und das zum passenden Zeitpunkt.

Daß jene Ansagen und Weisungen in der Umstellungsphase vom alten zum neuen Muster nicht sofort funktionieren, dürfte erwartbar sein. Es hat sich folgendes bewährt: Statt durch Wiederholung zu insistieren, sollte die „Ansage“ gemacht und umgehend aus der Situation weggegangen werden (beim Beispiel Duschen siehe Fallgeschichte am Ende dieses Artikels) oder weitergegangen werden (beim Kochen) oder ignorieren (beim Ausbleiben des Tellerdeckens).

Wenn diese Klienten einige Male erlebt haben, daß man etwas erwartet und verlangt und nicht insistiert, sondern aus der Situation herausgeht, vor allem bevor der Klient etwas erwidern oder gar diskutieren kann, merken die Klienten, daß nicht verhandelt wird, d. h. es gilt, was gesagt wurde, weil es anschließend nicht „zerredet“ wird, mithin wird es verstehtbar. Zur Negativwirkung von Wiederholungen siehe unten.

### **3. Information und Mitteilung sollen kongruent sein.**

In unserer Alltagssprache unterlegen wir gerne Informationen mit Mitteilungen (14, 15): Nach einer Meinungsverschiedenheit fuhren meine Frau und ich in die Stadt. Ich parkte ein, worauf meine Frau sagte (man denke sich einen besonderen Unterton dazu) „Einparken [Information] kannst Du ja [Unterton = Mitteilung]!“ Ich konnte mir denken (beobachten), worauf sie ansprach, war aber nicht sicher und fragte deshalb nach, weil mir an gegenseitigem Verstehen lag und es zu einem Reentry kommen sollte.

Klienten im Betreuten Wohnen können aufgrund ihrer psychischen und ihrer Beziehungsstörung nicht „orten“, wann eine Unterscheidung zwischen Information und Mitteilung kommuniziert wird. Sie spüren nur diffus, daß beides nicht kongruent kommuniziert wird. Sie zeigen sich irritiert, verwirrt, können nicht verstehen und haben zu wenig Kompetenzen, um Klärung herbeizuführen.

Leitsatz: Bevor Du Deinem Klienten etwas sagen willst, überprüfe die Klarheit der Information. Sprich ohne eine begleitende Mitteilung (Unterton).

#### **4. Das temperamentvolle Sprachzentrum zügeln.**

Menschen in Sprechberufen zeigen sich meist sehr kommunikativ, d. h. sie reden gerne und oft, meist auch viel und manchmal auch redundant - sie verfügen über ein temperamentvolles Sprachzentrum! In der Alltagskommunikation dürfte das zumeist OK sein, d. h. die Beziehungspersonen können damit umgehen, nicht jedoch Klienten mit psychischen Störungen. Sie fühlen sich sehr schnell kognitiv und affektiv überladen.

In der Arbeit mit den Betreuern, die solch ein Sprachzentrum haben, frage ich in der Regel nach Hundebesitzern und Erfahrungen, die in der Hundeschule damit gemacht wurden, wie mit einem Hund zu kommunizieren ist. Dem Einwand, man solle doch Klienten nicht wie Hunde behandeln, begegne ich mit der Bemerkung „Bitte behandeln Sie ihre Klienten aber auch nicht schlechter als Ihren Hund!“ Ein Hund lernt und versteht bestimmte Schlüsselbegriffe, die mit Handlungsabfolgen verknüpft sind. Alles kommunikative Beiwerk hat keine Wirkung, sondern lenkt ab und irritiert.

Leitsatz: Erst denken – dann sprechen, d. h. aus dem Kontingent der vielen Inhalte *einen* Inhalt, *einen* Aspekt auswählen und diesen klar und eindeutig formulieren.

Und wenn Du ein temperamentvolles Sprachzentrum besitzt, trainiere die Selektion auch im Alltag. Dann wird das klare und eindeutige Formulieren immer einfacher werden.

#### **5. Prozeßverlangsamung: Die Interpunktionen beachten.**

Alltagsgespräche verlaufen für gewöhnlich „als ein ununterbrochener Austausch von Mitteilungen“ (16) und Inhalten. Wir reduzieren wie von selbst die kommunikative Komplexität, greifen nach Lust und Laune, zumeist ohne weiteres Nachdenken, zu einem scheinbar beliebigen Aspekt und schon beginnt die nächste Interpunktionssequenz. Ein Wort gibt das andere. Die Kommunikation fließt dahin. Es geht wie von selbst.

Nicht so, wenn wir es mit psychischen Störungen und kognitiven Einschränkungen zu tun haben und beabsichtigen, daß der Klient uns verstehen soll. Denn dann sollten wir Gespräche von Interpunktionssequenz zu Interpunktionssequenz führen, indem wir dem Klienten etwas sagen (1. Interpunktionssequenz IP) – der Klient sagt etwas dazu (2. IP) – wir überprüfen, ob er uns verstanden hat und ob wir ihn verstanden haben und sagen etwas Passendes (3. IP) und so fort.

Leitsatz: Überprüfe jede Interpunktionssequenz darauf hin, ob Du den letzten Satz des Klienten verstehst und ob der Klient Deinen jeweils letzten Satz verstanden hat.

Ziehe das Nicht-Gesagte des Klienten in Betracht und welche Hinweise es auf eine mögliche Mitteilung gibt. Frage nach.

Verlangsame den Gesprächsprozeß und überprüfe und sorge für das kleinschrittige gegenseitige Verstehen.

#### **6. Lerntheorie – zielorientierte Verstärkung**

Kommt es aus Sicht der Betreuer zu unerwünschten Kommunikationsbeiträgen der Klienten – verbale Inhalte und Mitteilungen, Verhalten und Handlungen – sollte vermieden werden, diese zu verstärken. (17) In der Praxis ist häufig zu beobachten, daß Betreuer über wenig Kenntnis verfügen, was sie selbst dazu beitragen, auch unerwünschte Kommunikation zu verstärken und zu etablieren: unmittelbare Reaktion auf Kommunikation erhöht die Chance bzw. das Risiko für eine Verstärkung. Eine deutlich emotionale Reaktion macht eine Verstärkung noch wahrscheinlicher.

Es ist nicht einfach für die Betreuer, die Erkenntnis anzunehmen, daß unerwünschtes Verhalten grundsätzlich, wenn überhaupt, „nur“ durch Ignorieren zu „löschen“ ist.

In Bezug auf respektloses und aggressives Klientenverhalten mache ich die Teams mit der Tit-for-Tat-Strategie bekannt. (18) Hier geht es um das Lernen von Stop-Interventionen.

## Sprachliche Interventionen

Konkrete sprachliche Interventionen haben sich dann als wirksam in der Kommunikation im Betreuungssystem erwiesen, wenn man mit Alltagssprache keine Anschlußfähigkeit, geschweige denn ein Reentry, erreichen kann.

- a) Keine Fragen mehr stellen.

Während wir uns im Kontext systemischen Arbeitens mit anderer Klientel um die besondere Ausgestaltung von Fragetechniken bemühen (19), um Suchprozesse und Selbstreflexion anzustoßen, wird der Gehalt und der Sinn von Fragen im Betreuungssystem oftmals nicht verstanden.

Wenn Klienten mit Fragen konfrontiert sind, fallen ihnen aufgrund ihrer eingeschränkten kontingenaten Möglichkeiten nicht so schnell Antworten ein. Das führt zu Irritationen, Beschämungen, Ratlosigkeit, Verärgerung bis hin zu Wut auf die eigenen beschränkten Möglichkeiten und auf die Betreuer, die sie (ständig) mit ihren Fragen in diese Verlegenheiten bringen. Oder die Klienten verstehen die Fragen gar nicht, bemerken aber, daß man etwas von ihnen will, wissen aber nicht was. Auch das verstärkt die ohnehin bestehende Ratlosigkeit im Alltagsleben und bereitet ebenfalls Verärgerung bis hin zu Wut.

Ein wirkungsvolles Training für die Betreuer solcher Klienten kann sein, für ein paar Wochen explizit jede Frage, bevor sie ausgesprochen und formuliert wird auf den Prüfstand zu stellen oder besser noch eine 4wöchige Testphase einzulegen, in der keine einzige Frage kommuniziert wird – weder im Job noch im Alltag. Erfahrungsgemäß führt dies zu einer deutlichen Hemmung bei gleichzeitiger Irritation und Verunsicherung bei den Betreuern. Gleichzeitig können sich die Klienten entspannen, weil sie nicht mehr verunsichert und irritiert werden. Der mittel- bis langfristige Effekt aber ist bei den Betreuern, daß sie selbst zu einem ganz eigenen, neuen, klareren und eindeutigeren Kommunikationsstil finden.

Ein paar Fragekategorien:

**Motivationsfragen:** Es gibt Fragen, die motivieren sollen. „Wie wäre es, wenn Sie das mal machen und sich hinterher freuen können, weil es gelungen ist?“ Abgesehen davon, daß diese hypnosystemisch formulierte Frage, aufgrund ihrer suggestiven Komplexität von den Klienten nicht verstanden wird, ist diese Frageform hier nicht gemeint, sondern es geht um jene Fragen, die Aspekte von Kontrolle und Kritik implizieren: „Warum haben Sie das (denn jetzt schon wieder) gemacht?“ „Können Sie nicht mal aufpassen?“ An der Oberfläche (Information) geben diese Fragen vor, an den Motiven und Absichten einer Handlung oder eines Verhaltens interessiert zu sein. In der Tiefenstruktur (Mitteilung) vermitteln diese Fragen jedoch, daß man nicht einverstanden ist, etwas kritisch betrachtet, oder sie transportieren Vorhaltungen und Vorwürfe.

**Gegenfragen:** „Meinen Sie das ernst?“ oder „Was genau meinen Sie damit?“ Diese Fragen sollen ein Gespräch konkretisieren oder differenzieren helfen, erzeugen jedoch im Betreuungssystem bei den Klienten zumeist überraschende Momente, auf die sie nicht einzugehen wissen. Dafür brauchten sie entweder Souveränität und Standing oder die Fähigkeit, gelassen reflektieren zu können.

**Schließende und öffnende Fragen:** Man kann sich nach einem Befinden mit einer geschlossenen Frage erkundigen „Geht es Ihnen gut?“ oder mit einer offenen Frage „Wie geht es Ihnen heute?“ Die eine wie die andere Kategorie erfordert abermals ein Reflektie-

ren der eigenen Befindlichkeit oder ein sicheres Repertoire, passende Floskeln oder Rituale parat zu haben:

Er „Tach, wie isset?“  
Sie „Och ganz gut. Und selbst?“  
Er „Es muß!“  
Sie „Ja, ja, man hat's nicht leicht!“  
Er „Du sagst es.“  
Sie „Ja genau!“

**Eindeutige Kontrollfragen:** „Haben Sie schon geduscht?“ „Wann haben Sie zuletzt Ihre Medikamente eingenommen?“ Diese Fragen sind für die meisten Klienten relativ streßfrei d. h. entspannt zu beantworten, solange sich Betreuer auf die Information beschränken. Sobald jedoch mit diesen Fragen ein Überführen in Bezug auf Versäumnisse oder Widerstände verbunden ist, wird dies wiederum in der Tiefenstruktur mitgeteilt. Die Klienten werden dies spüren, ohne jedoch entschlüsseln oder nachfragen zu können. Auch hier sollte seitens der Betreuer die eigene Motivationslage überprüft und insbesondere vorausschauend bedacht werden, welche Handlungskonsequenzen sowohl erwünschtes als auch unerwünschtes Verhalten der Klienten zur Folge haben.

**Suggestivfragen** „Meinen Sie nicht, Sie sollten mal wieder duschen gehen?!“ sind das Gegenteil von klarer und direkter Kommunikation und bewirken mit hohem Risiko Irritationen beim Klienten.

Es gibt noch eine Vielzahl weiterer Fragekategorien, die in unserer Alltagssprache eine gewisse Tauglichkeit haben, jedoch in der professionellen Kommunikation eher wenig zielführend wirksam sind. Über Frageformen hinaus möchte ich Sie nun mit einigen ausgewählten Sprachmustern bekannt machen, die sich kommunikativ in Betreuungssystemen als wirksam erwiesen haben. (20)

b) Statt fehlerorientiert besser zielorientiert kommunizieren

Es ist möglich, eine andere Person auf ein Ziel oder auf einen Fehler hin zu orientieren. Man kann eine andere Person auf das orientieren, was sie tun soll oder auf das, was sie nicht tun soll.

Die Fähigkeit, komplexe Verneinungen zu begreifen, ist eine Leistung, die der Mensch sich erst allmählich im Laufe seiner Entwicklung erwirbt. Kinder, die noch bildhafter denken als Erwachsene, sind nicht in der Lage, den Inhalt eines Satzes wie "Fall nicht hin!" entsprechend umzusetzen. Es entsteht im Kind ein inneres Bild, wie es hinfällt, was automatisch bestimmte Muskelkontraktionen in Gang setzt, die mit der Vorstellung des Hinfallens korrespondieren. Zum Ärger der Eltern führt dies genau zu dem, was vermieden werden sollte "Ich habe doch gesagt: Fall nicht hin!"

Daß Erwachsene ebenfalls Schwierigkeiten mit Verneinungen haben, kann jeder überprüfen, indem er versucht, nicht an einen sonnigen Strand oder ein stürmisches Gewitter zu denken. Ohne daß wir es wollen, erscheint das entsprechende Bild vor unseren Augen.

Fehlerorientierte Sprache aktiviert genau das, was man vermeiden will. Beispiele für diese Form der Kommunikation finden sich überall. Man kann sogar sagen, es ist die übliche Weise in der Menschen miteinander kommunizieren:

- Ich will Ihnen ja gar nicht die Schuld geben ...
- Wir dürfen uns nur nicht vorstellen, daß es schief geht.
- Stellen Sie sich nicht so dumm an.
- Denken Sie nichts Schlimmes, wir betrügen Sie nicht.
- Schrei mich nicht an.

Alles, was wir sagen, wirkt potentiell suggestiv. Unser Unbewußtes, das sehr aufnahmebereit für Suggestionen ist, versteht aber keine Negationen. Geh mal in ein Reisebüro

und sage zu dem Menschen hinter dem Schreibtisch: Ich möchte in Urlaub fahren, aber weder nach Italien noch nach Spanien und auch nicht in die USA - er wird dann immer noch nicht wissen, wo die Reise hingehen soll. Einige Beispiele:

- Ungewollte Verschreibung nicht gewünschter Reaktionen:  
Sei nicht so **aggressiv** zu mir!      Besser: Sprich freundlich mit mir!
- Ungewollte Verschreibung von Amnesie:  
**Vergiß nicht**, mich abzuholen!      Besser: Denk dran, mich abzuholen!
- Verwirrung durch die Negation erwünschter Reaktionen  
Du hörst mir **nicht** zu!      Besser: Bitte höre mir zu!

Betreuer im Betreuungssystem können durch die Vermeidung fehlerorientierter und die Entwicklung zielorientierter Kommunikation erheblich dazu beitragen, daß unnötige Irritationen entstehen bzw. um es auch an dieser Stelle zielorientiert zu formulieren, dafür sorgen, daß die zielorientierten Aspekte zu bedeutsamen Bestandteilen der funktionsspezifischen Kommunikation werden. Damit steigen die Betreuer aus sprachlich destruktiv zirkulären Mustern aus und können sich den Klienten leichter verständlich machen und für ein entspannteres Betreuungsklima sorgen.

Zwei weitere Varianten dieser Sprachmuster, die wir mit der Muttermilch eingesogen haben, sind die Verwendung von Stressworten und superlative Übertreibungen.

**„Keine“ Stressworte benutzen, sondern (21) positiv konstruktive Worte:** die Klienten im Betreuungssystem leben zumeist limbisch, d. h. impulsgesteuert. (22) Es fehlt ihnen an differenzierten Exekutivfunktionen (ähnlich Ich-Funktionen), die das filtern, einordnen, sortieren und reflektieren helfen, womit sie innerlich und äußerlich konfrontiert sind. Sie reagieren mitunter sehr sensibel auf individuelle Reizworte. Das wird man im Laufe einer Betreuung beim jeweiligen Klienten herausfinden.

Darüber hinaus aber kann man das Kontingent des eigenen Wortschatzes von Stressworten entrümpeln:

- schwierig; Schwierigkeiten; schwer; stressig; problematisch; Probleme; ungepflegt; arrogant; aggressiv; kompliziert; falsch; Fehler; Schmerz; Rückfall; widerspenstig; Druck; ungeduldig; unruhig; rebellisch; chaotisch etc.

und zu jedem Begriff einen suchen, der unter Verwendung einer Negation etwas „Stressfreies“ also Entspanntes suggeriert. So wird

- aus schwierig = nicht **einfach**; aus schwer = nicht **leicht**; aus ungepflegt = nicht so **sauber**; aus stressig = nicht so **entspannt**; etc.

oder man sucht nach Möglichkeiten der Umdeutung; so wird

- aus einem Problem eine Aufgabe; aus arrogant evtl. selbstbewußt; aus kompliziert vielfältig; etc.

**Keine superlativen Übertreibungen verwenden, (23) sondern entspannt reden:** todmüde, unmöglich, blitzschnell, SchneckenTempo, unendlich lang, das ist super, völlig, absolut, total, ... - das Risiko, das „hyperventilierende Superlative“ (24) die Amygdala (25) antriggern ist beträchtlich.

Durchforsten wir unseren eigenen Sprachschatz und bitten wir unsere Kolleginnen und Kollegen und unsere Lieben zu Hause, uns behilflich zu sein, unsere Kommunikation mit zu beobachten und uns unterstützendes Feedback zu geben.

- c) Keine Wiederholungen – einmal Sagen muß reichen.

Manche Klienten im Betreuungssystem fordern Betreuer fortlaufend heraus, weil sie nicht umgehend und verstehbar zeigen, daß sie bereits verstanden haben. Sie haben in ihrer Entwicklungsgeschichte basale Erfahrungen gemacht, daß sie zum einen nicht verstanden wurden und zum zweiten sich nicht verständlich machen konnten – die zwei Seiten einer Medaille.

Wenn im Betreuungssystem Widerstände beobachtet werden bzw. den Betreuern Widerstände begegnen, sollten sie in Betracht ziehen, daß es nicht darum gehen kann, daß der Klient keine Lust hat, nicht kann oder etwas anderes möchte, sondern möglicherweise sicherstellen möchte, ob er verstanden hat und der Mitarbeitende es ernst meint. Es kann bei Widerständen seitens der Klienten um das Überprüfen der Verstehbarkeit der Information und der Mitteilung gehen. Man sollte die Klienten ernst aber nicht alles wörtlich nehmen!

So kann die Verweigerung eines Klienten den Betreuer herausfordern, sein Anliegen zu wiederholen, weil der Klient vorgibt, nicht verstanden zu haben oder nicht zu wollen, obwohl er eigentlich auf seine hilflose Art nur sicher gehen möchte.

Eine Wiederholung des Anliegens des Betreuers macht die Sache aber nicht besser, weil die bloße Wiederholung dem Klienten nicht verstehbar die Ernsthaftigkeit oder Notwendigkeit vermittelt. Eine Wiederholung birgt sogar das Risiko in sich, die Reputation, Kompetenz und Präsenz des Betreuers noch zu schwächen: Wer etwas wiederholen muß, scheint es ja nötig zu haben – könnte beim Klienten ankommen.

Ein alternatives Vorgehen zeigt die Fallgeschichte am Ende dieses Artikels.

### **Teamkompetenzen nutzen**

Teams können voneinander viel über einzelne Klienten lernen. Wenn Betreuer entdecken, mit welcher Art und wie sie zu einem bestimmten Klienten Anschlußfähigkeit erreichen, d. h. wie die Kommunikation zwischen Klienten und Mitarbeitern verständlich kommunizieren kann, können die Kollegen im Team davon lernen.

Die Vorgehensweise ist systemisch arbeitenden Profis seit Steve de Shazer wohl bekannt:

*Wenn es funktioniert – mach mehr davon.*

*Wenn das, was du tust, nicht funktioniert, dann mach etwas anderes.*

### **Eine Fallsupervision, die durch ein Coaching ergänzt wird: Personale und professionelle Präsenz entwickeln**

Eine typische Szene aus dem stationär betreuten Wohnen (stationäres Betreuungssystem) zwischen Betreuerin (Be 1) und Klientin (KI)

Be 1: Es wird mal wieder Zeit, zu duschen.

KI: Muß ich duschen?

Be 1: Ja, das muß jetzt mal wieder sein.

KI: Muß ich duschen?

Be 1: Kommen Sie – ich helfe Ihnen.

Kl: Muß ich duschen?

Be 1: Ja, Sie müssen mal wieder duschen.

Kl: Muß ich duschen?

Be 1: Fragen Sie nicht. Jetzt wird geduscht. (bereits ärgerlicher Tonfall.)

Kl: Muß ich duschen?

Be 1: ... der Ärger wächst ...

Dieser Szene ist eine längere Zeit vorausgegangen, in der sich zwischen Beiden ein zirkulär schleifenartiges Muster etabliert hat, das jetzt von Beiden aufrecht erhalten wird.

Kl: spürt die Unsicherheit von Be 1

Be 1: fühlt sich hilflos und versucht dies durch Reden zu verdecken.

Kl: bleibt bei ihrer „Provokation“ in der Hoffnung, Be 1 möge Orientierung und Halt vermitteln

Be 1: fühlt sich zunehmend hilflos, spricht mehr und versucht, zu überreden, fühlt sich zusätzlich „genervt“.

Kl: zeigt sich durch den Ärger von Be 1 zusätzlich verunsichert und irritiert und fährt sich in ihrer Strategie fest: „Muß ich duschen?“, weil sie nicht aus einem reichhaltigen Kontingent weiterer Möglichkeiten auswählen kann.

Das Risiko für eine komplementäre Eskalation steigt. Eine andere Betreuerin (Be 2) berichtet in der Fallbesprechung, daß Sie mit dieser Klientin kein „Duschproblem“ kennt. Diese würde höchstens einmal nachfragen, dann aber Duschen gehen.

Was macht Be 2 anders? Sie spricht klar, eindeutig, dabei ruhig und souverän und zeigt durch ihr gesamtes Auftreten der Klientin, Duschen muß heute sein und ist nicht verhandelbar.

Be 2: „Heute ist Duschtag. Sie gehen jetzt bitte duschen.“

Kl: Muß ich duschen?

Be 2: Ja. (ein beherzter zuversichtlicher souveräner Tonfall und ein breites freundliches Lächeln im Gesicht.)

Kl: OK. (Klientin dreht sich um und geht. Fühlt sich sicher, beruhigt, weil Be 2 offenbar deutlich gemacht hat, daß verhandeln zwecklos ist und damit Orientierung vermittelt.)

Nun stecken zunächst Be 1 und die Klientin in einem etablierten Beziehungsmuster fest, das sich nicht sofort ändern lassen wird, aber die Klientin weist uns durch ihre Strategie auf eine mögliche Lösung hin: Im Unterschied zu Be 1 zeigt die Klientin auf ihre Art ein beachtliches Standing, indem sie wie eine Schallplatte mit Sprung permanent wiederholt „Muß ich duschen?“ Be 1 hingehen tänzelt sprachlich um die Klientin herum und versucht es mal so und dann wieder anders – der Klientin schwirrt der Kopf ... Eine mögliche Lösung wäre also, daß Be 1 jenes Standing zeigt, das die Klientin vormacht.

Wir überlegen in der Fallbesprechung ein kleinschrittiges Vorgehen. Be 1 zeigte der Klientin bisher zuwenig klare, eindeutige, Sicherheit spendende Orientierung und hat sich durch ihre „tänzelnde“ Kommunikation um ihre Reputation gebracht. Sie zeigte sich als unsichere Mitarbeiterin. So soll der erste Schritt darin bestehen, sich den verloren gegangenen Respekt zurückzuerobern und sich erst im weiteren Schritt auf das Duschen zu beziehen. Das Team unterstützt die „Szene“ damit, daß verabredet wird, daß Be 1 in den kommenden Wochen die einzige sein wird, die sich um das Duschen der Klientin kümmern wird. Auch Be 2 zieht sich aus der „Duschszene“ zurück.

Beginnen wir mit den Vorbereitungen:

Ich übe mit Be 1 in einem Rollenspiel, wie sie Standing entwickeln kann. Wir feilen an der Wortwahl, am Tonfall, an der Mimik, an der Körpersprache. Ich leite Be 1 an, den eigenen inneren Beobachter zu aktivieren und zu nutzen, um zu überprüfen, wie sich für sie selbst, das was sie soeben sagte, anhört. Das Team gibt hilfreiche und unterstützende Rückmeldungen. Be 1 hat schließlich eine erste zufriedenstellende Formulierung mit passendem Tonfall gefunden: „Ich möchte, daß Sie duschen gehen!“

Ich ermuntere Be 1 dies nun gleichbleibend 10 mal zu sagen, damit sie vom expliziten Übungsmodus in ein implizites eigenes Muster wechseln lernt, vom willkürlichen zum unwillkürlichen Modus. (26) Be 1 zeigt sich zunehmend entspannt und zuversichtlich.

Be 1 nimmt die Hausaufgabe mit, für die Konsolidierung dieses für sie noch neuen Musters, dieses Standings, dieser Haltung, diesen Satz 3mal täglich je 10 Mal zu wiederholen. In ihrem Gehirn wird damit eine neuronale Bahnung etabliert mit dem Ziel, daß das neue Muster so ganzheitlich „sitzt“, daß der Satz nicht nur gesagt werden kann, sondern auch Bestandteil ihres gesamten Organismus wird.

Im 2. Schritt wird Be 1 nun erstmals auf die Klientin zugehen und sagen „Ich möchte, daß Sie duschen gehen!“ Nun kommt aber etwas, das die Klientin nicht erwartet hat, weil sie es von Be 1 nicht kennt: Be 1 dreht sich sofort nach ihrer „Aufforderung“ um und geht aus der Situation heraus bevor die Klientin noch ihr gewohntes „Muß ich duschen?“ loswerden kann.

Wir bereiten 3 mögliche Reaktionen vor:

1. Die Klientin geht tatsächlich duschen. Be 1 wird ca. ½ Stunde nach dem Duschende zur Klientin gehen und sinngemäß kurz, knapp und freundlich sagen: „Danke, daß Sie duschen waren!“, kurz stehen bleiben und dann gehen.
2. Die Klientin läuft Be 1 hinter her und fragt „Muß ich duschen?“ worauf Be 1 sagen wird „Ja, natürlich!“ (Standing, freundliches Gesicht) und bleibt konfrontierend und erwartungsvoll, aber stumm, stehen und dreht sich erst herum und geht, sobald sie **ahnt**, daß die Klientin sagen könnte „Muß ich duschen?“. Es sollte nicht dazu kommen, daß die Klientin dies aussprechen kann.

3. Die Klientin zeigt keine erkennbar bezogene Reaktion, worauf Be 1 erst am kommenden Tag wieder auf die Klientin zugeht und ihren Satz sagt „Ich möchte, daß Sie duschen gehen!“ Be 1 dreht sich um und geht aus der Situation heraus bevor die Klientin noch ihr „Muß ich duschen?“ loswerden kann.

Solange die Klientin nicht duschen geht wird Be 1 wieder kommen und immer die gleiche Botschaft präsentieren – die Klientin hatte uns die mögliche Lösung gezeigt.

Nachdem Be 1 an drei Tagen zur gleichen Uhrzeit ihre Botschaft präsentiert hat, wird sie am 4. Tag zu einer ganz anderen Uhrzeit mit ihrer Botschaft kommen. Am 5. Tag wird sie pausieren. Dann wieder 2 Tage hintereinander zur gleichen Uhrzeit z. B. am Vormittag, dann 1 Woche lang zur gleichen Uhrzeit abends, und so fort. Die Wahl des Ortes sollte ebenfalls bedacht werden: gleiche Zeit, gleicher Ort – gleiche Zeit mal ein anderer Ort – andere Zeit, anderer Ort. Die Betreuerin vermittelt inhaltliche, zeitliche und räumliche Präsenz und damit eine externalisierte Objektpräsenz.

Be 1 wird dies solange machen bis die Klientin duschen geht. Erfahrungsgemäß wird dies keine Woche dauern, weil die Klienten durch die Reduzierung der Kommunikation auf einen Kern oder Fokus verstehen lernen.

Wir können aus diesem Vorgehen keine rezeptphäfte Anleitung entwickeln und empfehlen – Menschen sind keine Maschinen. (27) Mentalisierungsbasiertes Arbeiten (28) kann immer wieder verständlich machen, welche Hinweise uns die Klienten in Bezug auf ihre Bedürfnislagen mitteilen, wenn sie uns unerwünschtes Verhalten zeigen oder Widerständen präsentieren. Das ist besonders im Arbeitskontext des Betreuten Wohnens nicht einfach zu erkennen:

dort haben wir es mit Menschen mit den schwersten und komplexesten Störungen, zudem meist mit Multiproblemlagen, in der Sozialarbeit zu tun.

Ein letzter Aspekt: Weil diese Klienten kaum einen eigenen inneren Beobachter zur Verfügung haben, sind die Betreuer um so mehr aufgefordert, ihren eigenen inneren Beobachter fortlaufend für die Klienten mit zu aktivieren, um die Kommunikation von unnötigen Elementen freizuschafeln, die das Verstehen stören könnten. Auch die Auseinandersetzung mit Gegenübertragungsdynamiken (5) kann hier sehr hilfreich sein und die zum Teil sehr intensiven affektiven Kommunikationsanteile im Betreuungssystem verstehbar machen.

## Literatur

- (1) Auf den Begriff der Störung einzugehen, würde diesen Aufsatz sprengen. Ich verweise auf Roland Schleiffer, Das System der Abweichungen und Verhaltensstörungen, Sinn und Funktion.
- (2) Literatur u. a. von Gerald Hüther
- (3) Margot Berghaus, Luhmann leicht gemacht. Köln Weimar Wien 2011
- (4) Helm Stierlin, Das erste Familiengespräch
- (5) <https://de.wikipedia.org/wiki/Gegenübertragung>; aufgesucht am 11.01.2018  
Michael Lukas Moeller. Zur Theorie der Gegenübertragung. Zeitschrift PSYCHE, Heft 2, 1977, S. 142-166
- (6) David Jonas u. Anja Daniels. Was Alltagsgespräche verraten. Verstehen Sie limbisch? Würzburg 1996, S. 51f
- (7) Margot Berghaus. Luhmann leicht gemacht. Köln Weimar Wien 2011, S. 43f
- (8) Niklas Luhmann, Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt 1987, S. 191ff und Klaus Dammann (Hg.) Wie halten Sie's mit Außerirdischen, Herr Luhmann? Berlin 2014, S. 15
- (9) Gerhard Dieter Ruf. Einführung in die systemische Psychiatrie. Heidelberg 2013, S. 57
- (10) Fritz B. Simon u. a. Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular. Stuttgart 2004, S. 153f und Kai Fritzsche u. a. Einführung in die Ego State Therapie. Heidelberg 2010, S. 90f
- (11) <https://de.wikipedia.org/wiki/Selbstbeobachtung>; aufgesucht am 11.01.2018
- (12) Niklas Luhmann, Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt a. M. 1993, S. 597 ff
- (13) Roland Schleiffer. Das System der Abweichungen und Verhaltensstörungen - Sinn und Funktion.
- (14) Ähnlich den Inhalt- und Beziehungsaspekt. Paul Watzlawick u. a. Menschliche Kommunikation. Bern 2007
- (15) David Jonas u. Anja Daniels. Was Alltagsgespräche verraten. Verstehen Sie limbisch? Würzburg 1996, S. 24
- (16) Paul Watzlawick u. a. Menschliche Kommunikation. Bern 2007, S. 57f
- (17) Gerhard Dieter Ruf. Einführung in die systemische Psychiatrie. Heidelberg 2013, S. 37
- (18) Werner Ehrhardt und Thomas Schneider, Erfolgreich streiten. Wie man seine Ziele durchsetzt und trotzdem alle gewinnen. Mit der Tit-for-Tat-Strategie. München 2013 und [https://de.wikipedia.org/wiki/Tit\\_for\\_Tat](https://de.wikipedia.org/wiki/Tit_for_Tat); aufgerufen am 22.01.2018

- (19) Johannes Herwig-Lempp. Die Form der guten Frage. In Zeitschrift Kontext 32.1 (2001) S. 33-55
- (20) Manfred Prior. MiniMax-Interventionen. 15 minimale Interventionen mit maximaler Wirkung. Heidelberg 2002
- (21) ebenda, Seite 24
- (22) David Jonas u. Anja Daniels. Was Alltagsgespräche verraten. Verstehen Sie limbisch? Würzburg 1996
- (23) Manfred Prior. MiniMax-Interventionen. 15 minimale Interventionen mit maximaler Wirkung. Heidelberg 2002, S. 76ff
- (24) <https://www.pr-enthusiast.com/2015/06/11/hyperventilierende-superlative>; abgerufen am 1.6.2016
- (25) <https://de.wikipedia.org/wiki/Amygdala>; abgerufen am 2.12.2017
- (26) Gunther Schmidt. Einführung in die hypnosystemische Therapie und Beratung. Heidelberg 2005, S. 11
- (27) Johannes Herwig-Lempp. Maschinen, Menschen, Möglichkeiten – Eine kleine Ideengeschichte des systemischen Arbeitens. In Zeitschrift Kontext 33,3 (2002), S. 190-202
- (28) Ulrich Schultz-Venrath. Lehrbuch Mentalisieren: Psychotherapien wirksam gestalten. Stuttgart 2013

**Korrespondenzadresse:** Hans Räßiger-Stratmann, WMC Rheinland Westfalen und Euregio, Institut für systemische Fort- und Weiterbildung, Bauermannskulle 74, 42657 Solingen, eMail: rheinland@wmc.ag

### Der Autor

*Hans Räßiger-Stratmann*, geb. 1950, Dipl.-Sozialpädagoge/Psychotherapeut psychoanalytisch orientiert GVS, Lehrender für Systemische Beratung, Therapie und Supervision DGSF ist Institutsleiter des WMC Rheinland Westfalen und Euregio.