3 2010
August
September
Oktober
28. Jahrgang
ISSN 0724-5165

Kerbe

Forum für Sozialpsychiatrie

Themenschwerpunkt:
P

Im

3 Editorial

4 Themenschwerpunkt

■ **Im Kontext verstehen**
Bernward Vieten, Seite 4

■ **Familien und existentielle Netzwerke in der Allgemeinpsychiatrie**
Lehren aus dem SYMPA-Projekt
Jochen Schweitzer, Elisabeth Nicolai, Seite 8

■ **Am Beispiel Nauen**
Bedürfnisangepasste Behandlung nach finnischem Modell
Werner Schütze, Ulrich Karwinkel, Volkmar Aderhold, Seite 11

■ **Familienbezug in der Praxis eines niedergelassenen Psychiaters**
Gerhard Dieter Ruf, Seite 15

■ **Der Partner als Assistent in der Therapie depressiver Patienten**
Eia Asen, Seite 19

■ **Strukturelle Familientherapie**
Was lehrt uns die Arbeit von Salvador Minuchin?
Haja Molter, Seite 20

■ **Psychoedukative Familienintervention**
Die etwas andere Hilfe für Menschen mit schizophrenen Störungen und ihre Angehörigen
Hartmut Berger, Seite 22

■ **Wenn Angehörige in therapeutische Prozesse einbezogen werden**
Perspektiven, Ängste, Widerstände
Gudrun Schliebener, Seite 24

■ **Familienbezug in der Akutpsychiatrie und die Interessen der Psychiatrie-Erfahrenen**
Sybille Prins, Seite 27

■ **Wenn die Familie schadet**
Das Beispiel von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung
Birger Dulz, Seite 29

■ **Traumatisierte Kinder und ihre Entwicklungschancen in Pflegefamilien**
Claudia Brinkmann, Seite 31

■ **Trialog als reale Utopie**
Nah- und Fernwirkugen einer Idee
Thomas Bock, Seite 33

36 Spectrum

■ **Klinische Sozialarbeit in der Psychiatrie**
Skizze eines Handlungsrahmens
Harald Ansen, Seite 36

■ **Können forensische Klienten im Gemeindepsychiatrischen Verbung versorgt werden?**
Udo Frank, Michael Konrad, Seite 39

42 Nachrichten

43 Termine

Liebe Leserin,
lieber Leser

Editorial

Im Kontext verstehen

Von Bernward Vieten

Abstract

Die Familien- und Gemeinwesenorientierung hat in den therapeutischen Konzepten und im Alltagshandeln Einzug gehalten und stellt einen wichtigen, wenn nicht den entscheidenden Beitrag dar, „im Kontext verstehen" zu können.

Einleitung

Der folgende Beitrag soll zum Verstehen von Zusammenhängen (Kontexten) anregen, die für den in unserem professionellen Handeln maßgeblichen „Text" bestimmend sind. Der wird während der Behandlung in der Begegnung mit Patientinnen und Patienten, mit ihren Angehörigen und ihrem sozialen Umfeld geschrieben. Damit beschreibe ich ein weit gefasstes Verständnis von Kontext(en), die entscheidend sind für die Entwicklung der Gemeinwesen- und Familienorientierung im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie. Dem Kontext will ich insbesondere den Rahmen der Behandlung in Gestalt der Struktur einer Einrichtung zuschreiben und der Prozesse, die in ihr wirksam werden. Auch die Geschichte(n) soll(en) dem Kontext zugeschrieben werden, Werte und Ziele sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit ihren Bedürfnissen nach Qualifizierung und Weiterentwicklung.

Der versorgungspolitische Kontext

Die 1991 vom Gesetzgeber verabschiedete Psychiatrie-Personal-Verordnung hat zunächst zu einer Verbesserung der bis dato unzureichenden Personalausstattung psychiatrischer Fachkrankenhäuser und Abteilungen geführt. Sie war mit besonderen Versorgungs- und Qualitätszielen verknüpft. Zu nennen sind eine qualitativ ausreichende regionale Versorgungsverpflichtung und eine Besserung der Symptome in Verbindung mit einer Besserung der Befähigung der Patienten zu einem eigenständigen Leben außerhalb von Institutionen.

Seit Einführung der PsychPV haben die Behandlungsaufgaben psychiatrisch-psychotherapeutischer Kliniken insbesondere durch eine enorme Leistungsverdichtung erheblich zugenommen. In Deutschland wurde im Sachverständigengutachten zum Gesundheitswesen wiederholt auf die Probleme der Fragmentierung der Gesundheitsversorgung hingewiesen. Eine Integration von stationärer Versorgung und den unterschiedlichen Behandlungs- und Betreuungsansätzen im ambulanten Bereich ist trotz erfolgversprechender Reformansätze nur ansatzweise gelungen.

Die Herausforderungen für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie für die Zukunft sind vielfältig. Dazu einige ausgewählte Stichworte: In der Suchtmedizin haben wir es vermehrt mit polyvalent sowie komorbid Abhängigen zu tun, die sich durch ein junges Lebensalter auszeichnen. Viele dieser jungen Menschen sind nicht im herkömmlichen Sinne sozialisiert, sondern wachsen unter für die weitere Entwicklung ungünstigen Rahmenbedingungen auf. Der Suchtmittelkonsum in diesen Familien ist überdurchschnittlich hoch, sodass man bereits ab einem frühen Alter von sozialem Lernen im Sinne von Abhängigkeit ausgehen kann. Die psychiatrischen Kliniken sind darauf bisher nur unzureichend eingestellt. Dabei handelt es sich um Versorgungsaufgaben, die nicht primär stationär, sondern durchaus regional in einem übergreifend verantworteten Hilfesystem zu erfolgen haben.

In der allgemeinen Psychiatrie und Psychotherapie ist von einer vermehrten Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen auszugehen. Auch wenn die Antworten auf die Frage nach der Zunahme psychischer Erkrankungen widersprüchlich ausfallen, werden sich mehr bedürftige Personen an psychiatrische Versorgungseinrichtungen wenden. Eine größere Anzahl von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen wird adäquate und vor allem ambulante therapeutische Konzepte benötigen. In der Gerontopsychiatrie ist angesichts der demographischen Entwicklung von einer Zunahme älterer Menschen mit vor allem demenziellen Entwicklungen auszugehen. Gerade für diese Menschen geht es um eine Verbesserung von Behandlung- und Betreuungsbedingungen und um die Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse sich ihre Lebensweltbezüge in Form ihrer angestammten Umgebungen zu erhalten.

Die Einrichtung als Kontext der Behandlung

Die LWL-Klinik Paderborn, gegründet 1975, arbeitet als Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Konzept, das sozialpsychiatrischen und psychotherapeutischen Ansätzen in gleicher Weise Rechnung zu tragen sucht. Das Haus ist mit seinen 240 voll- und teilstationären klinischen Behandlungs- und Rehabilitationsplätzen, einer Institutsambulanz und einem Wohnverbund ein wichtiges Glied in der psychosozialen Versorgung des Kreises Paderborn und der Stadt Geseke für insgesamt ca. 300.000 Einwohner. Wir sehen pro Jahr etwa 3.000 Patienten und Patientinnen im vollstationären, ca. 300 im teilstationären Bereich sowie 10.000 in der Ambulanz.
In drei Abteilungen gegliedert (Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie, Suchtmedizin und Gerontopsychiatrie/Soziotherapie) werden alle Formen seelischer Erkrankungen behandelt.
Die allgemeinpsychiatrische Ver-

Bernward Vieten
PD Dr. med.,
Ärztlicher Direktor
LWL-Klinik Paderborn
Systemischer Familientherapeut, Vorstandsmitglied der Bundesdirektorenkonferenz der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, www.lwl-klinik-paderborn.de

sorgung der Region wird seit 2000 durch drei sogenannte Sektorstationen gewährleistet. Diese gemischt-geschlechtlich belegten Stationen werden mit 23 Behandlungsplätzen fakultativ geschlossen vorgehalten und ermöglichen zusätzlich eine integrierte teilstationäre und zum Teil auch ambulante Behandlung. Das Konzept setzt auf Kontinuität der Bezugsarbeit auf den Stationen und in der Kooperation mit den ambulanten Partnern.

Während der vergangenen Jahre wurden mit großem Engagement von und mit den Teams weitere Entwicklungen angestoßen:

- Kollegiale Stationsleitung
- Behandlungstandems aus Bezugsarzt/-therapeut und Bezugspflegekraft
- Schaffung einer Behandlungsatmosphäre mit aus der Soteria entlehnten Elementen (Annehmen und Begleiten in der akuten Psychose / Soteria = Geborgenheit, Sicherheit)
- Intensivierung der Angehörigenarbeit mit Angehörigenvisite und Angehörigengruppen
- Trialogischer Austausch zwischen Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und Mitarbeitern

Mission und Werte der Einrichtung als Kontexte der Behandlung

Die Grundhaltungen unserer Arbeit sind in einem Leitbild festgeschrieben:

Menschenbild und Grundhaltung:
Wir begegnen den Menschen mit Respekt und Würde, setzen Lern- und Beziehungsfähigkeit voraus und verstehen psychiatrische Erkrankungen und Störungen multifunktional bedingt. Die Wahrung der Rechte der Patienten sowie eine professionelle Beziehungsgestaltung sind Grundlagen der Arbeit.

Orientierung in Behandlung, Förderung und Pflege sowie Konzepte und Methoden:
Die regionale Orientierung der Behandlungsangebote und die Sicherung der Kundenorientierung sind unser Anliegen. Das Wirken ist ausgerichtet auf soziale Integration, Kontinuität in Behandlung und Betreuung.

Mitarbeiterorientierung und Führungsverständnis:
Professionalität und Entscheidungsfreude sind Grundlagen der Arbeit in Verbindung mit einem Führungsverhalten, das partnerschaftlich, kooperativ und verantwortungsvoll ausgerichtet ist.

Umfeld und Umwelt:
Die Kooperationen im LWL-PsychiatrieVerbund und mit den regionalen Anbietern sowie das Wirken in der Öffentlichkeit im Sinne von Entstigmatisierung ist unser Anliegen.

Grundhaltungen der Arbeit

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Kontextbedingungen

Arbeitszufriedenheit wird in Anlehnung an die Definition von Neuberger und Allerbeck (1978) als Einstellung zu verschiedenen Aspekten der Arbeitssituation aufgefasst. Dabei soll unter einer Einstellung nach Stroebe (1980) die „... Bereitschaft zur positiven und negativen Bewertung eines Einstellungsobjektes (...), die auf Gefühlen und Meinungen über diesen Einstellungsgegenstand beruht“, verstanden werden soll. Mit Arbeitszufriedenheit ist somit ein Bewertungsprozess erfasst, in den verschiedene Aspekte der Arbeitssituation eingehen.

Zu den Merkmalen der Arbeitssituation zählen die an die Mitarbeiter gestellten Anforderungen in den verschiedenen Aspekten ihrer Tätigkeit, sowie die daraus erwachsenden psychosozialen und körperlichen Belastungen. Hinzu kommen unterschiedliche Arbeitsbedingungen wie z.B. Zeitdruck und Abwechslung. Als weiteres wesentliches Merkmal findet die Orientierungssicherheit, d.h. die professionelle Souveränität der Mitarbeiter im Umgang mit psychisch Kranken Eingang in die Erfassung und Bewertung der Arbeitssituation. Je nach ihrer Ausprägung stehen diese und weitere Faktoren für eine hohe oder eine eher niedrige Arbeitsqualität und Arbeitszufriedenheit.

Wir gehen mit der Entwicklung der Stellenbeschreibungen für Oberärzte und pflegerische Stationsleitungen von einem dual geleiteten Stationsteam aus. Mit Wedekind und Georgi (2005) sehen wir das Stationsteam eingebettet in eine Hierarchie, die im Krankenhaus nicht als Befehlshierarchie zu sehen ist, sondern als zumindest partiell voneinander unabhängige Ebenen einer Organisation. Die zentrale Aufgabe von Leitung besteht in der Optimierung der Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche autonome Gestaltung der Aufgaben der einzelnen Fachkräfte in der Teamzusammengehörigkeit.

Richtlinien einer Leitungstätigkeit

- Leitung soll einfach sein. Sie soll die Ressourcen der Mitarbeiter und des Teams ausschöpfen und den versammelten menschlichen Einfallsreichtum möglichst wenig durch formale Verfahren eingrenzen.
- Leitung soll Autonomie fördern. Sie soll die Entwicklung der Organisation zu autonomen, selbstorganisationsfähigen und selbstähnlichen Struktureinheiten unterstützen. Leitung soll deren Verknüpfungsfähigkeit innerhalb der Organisation mit möglichst sparsamen, aber wirkungsvollen Mitteln sicherstellen.
- Führung über Kulturbildung verhilft allen Einheiten der Organisation zu reflektierten Bewegungen innerhalb des gesamten Netzwerks um dieses kennen zu lernen, zu gestalten und aus immer anderen Perspektiven zu erfahren. Die Grundorientierung an unserem Leitbild hilft dabei und fördert die Entwicklung entlang eines Weges, auf dem man sich unterschiedlich schnell fortbewegen kann.

Leitung bedeutet, die Systemgrenzen sowie die zeitliche Orientierung hinsichtlich der Planung von Prozessen besonders zu beachten. Sie gestaltet die Basis der Kommunikation im Team und für die individuelle Identitätsorientierung des einzelnen Mitarbeiters und fördert die Entwicklung von Beziehungssicherheit und Akzeptanz. Die Unterscheidung zwischen kritisierbarem Verhalten und unbedingter Respektierung der per-

Eine wesentliche Quelle von Zufriedenheit sind die Maßnahmen der Mitarbeiterorientierung, die entsprechend des Leitbildes die kontinuierliche Qualifizierung durch Fort- und Weiterbildung und die Bildung stationsbezogener Qualitätszirkel zur Reflexion der Arbeit beinhalten.

sönlichen Integrität ist oftmals nicht selbstverständlich und will gelernt sein. Eine wesentliche Quelle von Zufriedenheit besonders der sogenannten Basismitarbeiter stellt die kontinuierliche Qualifizierung durch Fort- und Weiterbildung dar. Ausgerichtet an den Grundideen des Leitbildes werden alle Mitarbeiter in den Reflexionsprozess der eigenen Tätigkeit durch die Bildung stationsbezogener Qualitätszirkel einbezogen. Ein „Unterstützungspaket“ mit Methoden der Konfliktbearbeitung, der Mediation, des Deeskalationstrainings und Ansprechfunktionen bei erfolgten Übergriffen sowie für spezielle ethische Fragestellungen aus der Alltagsarbeit ergänzen unsere Maßnahmen der Mitarbeiterorientierung.

Das SYMPA-Projekt als Impuls

Die LWL-Klinik Paderborn hat sich als eines von drei Psychiatrischen Versorgungskliniken kontinuierlich an der Vorbereitung und Durchführung des sogenannten „SYMPA-Projektes“ beteiligt. Über die Vorbereitung und Durchführung des Projektes „Systemtherapeutische Methoden in der psychiatrischen Akutbehandlung“ als praxisorientiertes Forschungsprojekt ist an unterschiedlichen Stellen berichtet worden (Schweitzer u. Grünwald 2004, Schweitzer u.a. 2005, Schweitzer u.a. 2007, Zwack u. Schweitzer 2007).

Mit der Offenheit gegenüber systemisch-familienorientierten Behandlungsformen wurde im Mai 2002 das SYMPA-Projekt in unserer Klinik vorgestellt. Die Zielsetzung des SYMPA-Projektes, eine verbesserte, systemisch-familienorientierte Behandlung psychiatrischer Patienten als umfassendes Standardangebot zu etablieren, wurde lebhaft, zeitweilig kontrovers diskutiert. Letztendlich bewarben sich mehrheitlich die Mitarbeiter der beiden Sektorstationen B und E aktiv um die Teilnahme an dem Projekt. Die Erwartung war, systemische Gesprächs- und Verhandlungskulturen unkompliziert, zeitökonomisch und kooperationserleichternd als Standardangebot in den klinischen Alltagsprozeduren zu verankern. Dabei sollte sich die Qualität der Versorgung für Patienten und Angehörige sowie die Qualität der Arbeitssituation der Mitarbeiter verändern und verbessern. Besonders ansprechend war, dass für die üblicherweise weniger beachteten Interessenlagen der Angehörigen neue und nützliche Entwicklungen angestoßen sowie die prominente Rolle der Pflegemitarbeiter anerkannt und noch mehr genutzt werden sollte.

Bisher einmalig für uns war, dass alle Mitarbeiter der verschiedenen Berufsgruppen gemeinsam an der Weiterbildung beteiligt waren, insgesamt über 30 Personen. Vorteil der Weiterbildung im gesamten Stationsteam war, dass Neuerungen der ständigen Prüfung auch im Hinblick auf die Realisierbarkeit im Stationsalltag unterlagen. Auch der Austausch mit den Behandlungsteams der anderen Kliniken, sowohl im Rahmen der Fortbildung als auch in den Lerngruppen, führte zu einer guten und realisierbaren Sammlung von neuen Alltagsprozeduren, ohne dass auf Altbewährtes komplett verzichtet werden musste.

Als Zielsetzungen einer systemisch orientierten Psychiatrie definierten wir:
(1) Angehörigenorientierung: Familienangehörige und andere wichtige Menschen aus dem sozialen Netz des Patienten werden von vornherein in die Behandlung einbezogen.
(2) Systemische Selbstreflexion und kontextuelles Krankheitsverständnis: Dabei werden Gesprächsformen gepflegt, die allen Beteiligten helfen zu verstehen, wie sie selbst zum Problem und zur Lösung beitragen können.
(3) Endliche Psychiatrie: Damit wird die Idee beschrieben, dass ein möglicher Ausstieg aus psychiatrischen Karrieren jederzeit offengehalten werden kann. Chronizität wird als interpersoneller Artefakt (Ciompi 1980) infrage gestellt.
(4) Multiple Auftragsorientierung: Es werden die Wünsche, Interessen, Befürchtungen und Krankheitstheorien der verschiedenen an der Behandlung beteiligten Parteien erkundet und in die Behandlungsplanung einbezogen. Sie erfordert eine genaue und voraussetzungslose Auftragsklärung.
(5)Verhandlungskultur: Da die beteiligten Parteien ohnehin nur das tun, was ihrer Eigenlogik entspricht, werden strittige Themen wie z.B. Diagnosen, Medikation, Aufnahme und Entlassung, Zwangsbehandlung etc. unter Berücksichtigung gegebener Rahmenbedingungen und Machtverhältnisse soweit wie möglich ausgehandelt.

Zu den Zielsetzungen einer systemisch orientierten Psychiatrie zählt auch Verhandlungskultur: strittige Themen wie Diagnose, Medikation, Zwangsbehandlung etc. werden unter Berücksichtigung gegebener Rahmenbedingungen und Machtverhältnisse soweit wie möglich ausgehandelt.

Das als Behandlungsmanual systemischer Akutpsychiatrie veröffentlichte Programm (Schweitzer/Nicolai, 2010) schließt in der Aufnahmephase der Behandlung die Auftragsklärung mit Patienten und Angehörigen, das Kennenlernen der sozialen Familie mit Hilfe von Genogramm-Interview, Familiengespräch oder Bezugspersoneninterview ein. Zielsetzung ist die Entwicklung eines systemischen Fallverständnisses und eine gemeinsame Therapiezielplanung.

Im weiteren Verlauf der Therapie kommen systemische Einzel- und Familiengespräche zum Einsatz, die Besprechungskultur findet eine Veränderung durch Einbezug von Patienten und Familie in Visiten und sog. Intervisionssitzungen. Es wird in Einzelfällen über notwendige Freiheitseinschränkungen, die Diagnosestellungen oder auch die Gabe der Medikamente verhandelt. Zum Abschluss der Behandlung erfolgt eine gemeinsame Perspektivplanung, ggf. ein „Gegenlesen“ des Entlassbriefs und unter Umständen ein Wiederaufnahmevertrag für Krisensituationen in der Zukunft.

Zwischen 2003 und 2005 zeigte sich ein signifikanter Anstieg sowohl der Häufigkeit als auch der absoluten Dauer aller therapeutisch-beraterischen Gespräche mit Patienten. Dies ist umso bemerkenswerter als die Belegungszahlen anhaltend hoch waren und die personelle Ausstattung unverändert blieb.

Die Schulung der systemischen Gesprächsführung im Sinne von Auftragsklärung, Zielorientierung, Lösungs- und Ressourcen-

orientierung fand ihren erfreulichen Niederschlag in einem hoch signifikanten Anstieg systemischer Gesprächsführungstechniken. (Zum SYMPA-Projekt s. auch den Beitrag von Schweitzer / Nicolai in diesem Heft, S.8ff.)

Das Forum Psychiatrie und Psychotherapie Paderborn – Qualifizierung im Diskurs

Im Jahr 2010 jährt sich die Paderborner Fortbildungsveranstaltung „Forum Psychiatrie und Psychotherapie“ zum 15. Mal. Diese Veranstaltungen haben im Kontext von Entwicklungen an anderen Orten, von Einwürfen und kritischen Diskussionsbeiträgen der Partner und Kollegen die Entwicklung der Arbeit als Reflexionsprozess für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung begleitet. So beschrieb das 5. Forum im Jahr 2000 „Wege zur Integration von Psychiatrie und Psychotherapie“. In 2004 stellten wir angesichts der ersten Erfahrungen im SYMPA-Projekt fest: „Psychiatrie und Familien: Welten begegnen sich!?“. Auch hier ging es um das Besondere des Kontextes, das es zu reflektieren gilt.

Unzweifelhaft begegnen sich „zwei Welten“, wenn eine Patientin, ein Patient aus den sozialen Zusammenhängen herausgerissen wird, Kontakt zur Psychiatrischen Klinik bekommt und dort auf einer Behandlungsstation aufgenommen wird. Auf der einen Seite die Alltagswelt und Alltagssprache des Einzelnen, eingebunden in ein soziales Netzwerk, das in der Regel aus Familienangehörigen und einem sozialen Hintergrund von Arbeit, Arbeitslosigkeit sowie Freundes- und Bekanntenkreis besteht. Anlass zur Aufnahme in die Klinik sind in der Regel akute Krisen, deren Hintergrund ein besonderes Lebensereignis zum Teil auf der Grundlage einer vorbestehenden erhöhten Verletzlichkeit des Einzelnen darstellt. Die Klinik auf der anderen Seite stellt einen völlig anders strukturierten sozialen Bezugsrahmen dar: ausgerichtet an Krankenhausstrukturen wird der Alltag durch das Miteinander der verschiedenen Berufsgruppen geprägt. Patienten mit den unterschiedlichsten Störungsbildern leben für eine begrenzte Zeit auf einer Station zusammen. Wie soll dieses Zusammenwirken konstruktiv gestaltet werden? Wo begegnen sich Familien und Psychiatrie auf dem Hintergrund des Alltags einer psychiatrischen Station? Wie werden die besonderen Bedürfnisse des Einzelnen berücksichtigt? Wie kann der soziale Hintergrund angemessen mit in den Klinikkontext eingeführt werden?

2006 beschäftigten wir uns mit „Risiken und Nebenwirkungen psychiatrisch-psychotherapeutischer Arbeit“ und widmeten uns in 2007 der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie den Bedürfnissen der unterschiedlichen Berufsgruppen im Rahmen der Teamentwicklung. Das Spannungsfeld von personenorientierter Behandlung und Mitarbeiterinteressen – eine ganz besondere Kontextbezogenheit – beschäftigte uns im Jahre 2008. Bevor wir in 2009 nach dem „Sinn im Irrsinn“ suchten. Nach Abschluss des langjährigen Projektes wollten wir die „SYMPAthische Psychiatrie“ mit anderen Ansätzen wie z.B. der bedürfnisangepassten Behandlung ins Gespräch bringen. Wir wollten den Bezug herstellen zwischen systemischen, sozialpsychiatrischen und verstehensbezogenen Ansätzen in der Psychiatrie auf dem Weg zur Familienorientierung. ●

Literatur:

Lenz, A., (2005). Kinder psychisch kranker Eltern, Göttingen

Neuberger, O., Allerbeck, M. (1978). Messung und Analyse der Arbeitszufriedenheit, Bern

Schweitzer, J., Grünwald, H. (2004). SYMPA: Vorschau auf ein Großexperiment zur systemischen Forschung in der Akutpsychiatrie. Zeitschrift Systeme, 17 (1), S. 36-45

Schweitzer, J., Engelbrecht, D., Schmitz, D., Borst, U., Nicolai, E. (2005). Systemische Akutpsychiatrie, Psychotherapie im Dialog, 6 (3), S. 255-263

Schweitzer, J., Rotthaus, W., Altmix, M., Kröger, F., Wachta, V. M., Kirschnick-Pänzer, S., Oestereich, C. (2007). Stationäre systemische Therapie, Psychotherapie im Dialog 1 (8) S. 29-35

Schweitzer, J., Nicolai, E. (2010). SYMPAthische Psychiatrie, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Stroebe, W. (1980). Grundlagen der Sozialpsychiatrie, Stuttgart

Wedekind, E., Georgi, H. (2005). In: Schindler, H., von Schlippe, A.(Hrsg.), Anwendungsfelder systemischer Praxis. Dortmund, S. 265-284

Zwack, J., Schweitzer, J. (2007). Multiprofessionelle systemisch-familientherapeutische Teamweiterbildung in der Akutpsychiatrie – Auswirkungen auf die Teamkooperation und die Mitarbeiterbelastung. Psychiatrische Praxis, 34, S. 1-6

Impressum

Herausgeber und Redaktionsadresse:
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), Postfach 330220, 14172 Berlin, Email: kerbe@beb-ev.de, Internet: www.kerbe.info

Redaktion:
Prof. Dr. Jürgen Armbruster (Redaktionsleitung), Stuttgart;
Jürgen Bombosch, Düsseldorf;
Karsten Groth, Hamburg;
Dr. Klaus Obert, Stuttgart;
Margret Osterfeld, Dortmund;
Johannes P. Petersen, Rendsburg,
Dr. Irmgard Plößl, Stuttgart;
Georg Schulte-Kemna, Stuttgart;
Dr. Michael Swiridoff, Altenburg;
Cornelie Class-Hähnel (Redaktionsassistenz), Stuttgart

Verlag und Bestelladresse:
Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Augustenstr. 124, 70197 Stuttgart, Telefon (07 11) 6 01 00-0, Adressenänderungen bitte an: vertrieb@evanggemeindeblatt.de

Bezugspreis:
Jahresabonnement für vier Hefte 22,80 Euro (einschließlich Versandkosten), ISSN 0724-5165

Anzeigen:
Anzeigengemeinschaft Süd, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Tel. (0711) 60100-41, Fax -76. Email: kerbe@anzeigengemeinschaft.de. Internet: www.anzeigengemeinschaft.de. Zurzeit gilt die Preisliste Nr. 24 vom 1. Januar 2007

Druck:
Rudolf-Sophien-Stift, Stuttgart

Erscheinungstermine:
1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November

Diakonie

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe

Familien und existenzielle Netzwerke in der Allgemeinpsychiatrie

Lehren aus dem SYMPA-Projekt

Von Jochen Schweitzer, Elisabeth Nicolai

Abstract

Der Aufsatz beschreibt zunächst die Prinzipien und Haltungen einer systemisch-familienorientierten Psychiatrie, um dann das Projekt SYMPA (Systemtherapeutische Methoden psychiatrischer Akutbehandlung) anhand seiner Behandlungsabläufe und seines Weiterbildungsprogramms darzustellen. Als Lernerfahrungen aus dem Projekt wird beschrieben, wie neue systemtherapeutische Behandlungsformen auf Allgemeinpsychiatrischen Stationen eingeführt und langfristig stabilisiert werden können und wie sich dies auf Teams und Mitarbeiter, insbesondere auf die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen auswirkt.

Das Projekt SYMPA - das Kürzel steht für „Systemtherapeutische Methoden psychiatrischer Akutbehandlung“ - wurde von 2002 bis 2009 in den drei psychiatrischen Kliniken in Gummersbach, Paderborn und Wunstorf mit der engagierten Mitwirkung unzähliger Beteiligter durchgeführt und inzwischen als Forschungsprojekt beendet. Es wird in seiner Theorie und seiner Praxis in einem Handbuch systemisch familienorientierten Arbeitens unter dem Titel „SYMPAthische Psychiatrie“ kompakt dargestellt (Schweitzer und Nicolai 2010). Seine Praxis geht aber weiter. SYMPA basiert auf einer Reihe von Annahmen, die – so zeigt unsere Begleitforschung – sich in einer systemisch-familienorientierten Arbeitsweise niederschlagen, die auf allgemeinpsychiatrischen Stationen in Kliniken der Regelversorgung langfristig realisierbar ist.

Prinzipien systemisch-familienorientierter Psychiatrie

SYMPA geht von einem weiten Familienbegriff aus, versteht nach einer Definition von Helm Stierlin unter Familien die „existenziellen Bezugssysteme“ eines Menschen. Das sind oft biologische und juristische Familienmitglieder. Aber auch engagierte Freunde, Nachbarn, gesetzliche Betreuer oder Psychiatrieprofis können Mitglieder dieser existenziellen Bezugssysteme werden. Dieses besonders oft bei Menschen mit langjähriger Psychiatrieerfahrung, die sich von ihrer Herkunftsfamilie entfremdet und sich in der „Psychiatriegemeinde“ einen neuen Kreis aufgebaut haben.

SYMPA unterbreitet Angehörigen je nach ihrem Anliegen ein doppeltes Kooperationsangebot: als Mitleidende und in ihrem Leid Mitzubehandelnde, aber auch als kundige Mitbehandler, die die Ressourcen und Konflikte des Psychiatriepatienten besser und länger kennen als alle Profis.

SYMPA strebt ein kontextuelles Fallverstehen bei jeder psychiatrischen Episode an. In verschiedenen Gesprächssettings wird versucht, Symptome in ihren aktuellen und historischen Beziehungskontexten als verständliche, zuweilen „sinnvolle“ Verhaltens- und Erlebensweisen anzuerkennen. SYMPA bemüht sich, mehr nach Ressourcen und Lösungsmöglichkeiten als nach den Ursachen von Problemen zu suchen. Das (Er-)Finden von Lösungen ist hier wichtiger als das Ergründen von Ursachen. Schließlich betreibt SYMPA den Versuch einer systemischen Selbstreflexion. Den Versuch also Gesprächssituationen zu schaffen, in denen die verschiedenen am Problem Leidenden und an seiner Lösung Interessierten miteinander prüfen, wie die bisherige Zusammenarbeit geschieht und wie sie künftig optimalerweise geschehen könnte.

Praxis systemisch-familienorientierter Psychiatrie

Familien sind im SYMPA Konzept auf den Stationen präsenter als üblich. Sie sind real präsent in Paar- und Familiengesprächen, bei Angehörigenvisiten, in Behandlungsversammlungen, auch in Fallbesprechungen auf der Station. Sie sind auch virtuell präsent in Genogramminterviews, in Skulpturgruppen, in der „Familientherapie ohne Familie“ als Thema zirkulärer Fragen oder als Holzfiguren auf dem „Familienbrett“. Das ist nicht immer einfach, aber meist machbar.

Die Auftragsklärung auch mit den Angehörigen, nicht nur mit den Patienten, ist dafür zu Behandlungsbeginn entscheidend: Was erwarten sie von der Behandlung? Wie wollen sie einbezogen werden? Welchen Behandlungsmethoden stimmen sie zu, welchen stehen sie ablehnend gegenüber? Unter welchen Umständen sind Wochenendbeurlaubungen des Patienten für sie realisierbar? Wo soll die Patientin aus ihrer Sicht nach dem Klinikaufenthalt hingehen? Dazu müssen auch ihre eigenen, subjektiven Krankheitstheorien erkundet werden: wie erklären sie sich die Störung, was erwarten sie prognostisch, welchen Behandlungsmethoden vertrauen sie?

Hilfreich ist dabei die Teilnahme von Angehörigen nicht nur in Familiengesprächen oder Angehörigenvisiten, sondern auch in Fallbesprechungen, in denen das Stationsteam die weitere Behandlung plant. Vorausgesetzt, die Patienten wollen das selbst. Es ist auch zu tolerieren, wenn Angehörige, vielleicht erschöpft nach lan-

Elisabeth Nicolai
Prof. Dr., Evang. Hochschule Ludwigsburg, Dipl.-Psych. Psych. Psychotherapeutin
Email: e.nicolai@eh-ludwigsburg.de.

ger Dauerkrise, erst einmal eine „Auszeit“ nehmen wollen und mit der Klinik wenig kooperieren wollen. Die „Rückkehr“ sollte ihnen immer offen gehalten werden.

Nützliche Haltungen in der systemisch-familienorientierten Psychiatrie

Drei Grundhaltungen erleichtern diese Arbeitsweise:

- Der Gedanke, dass vor allem die Behandlungsaufträge von Patient, Angehörigen und Mitbehandlern, die zueinander durchaus widersprüchlich sein können, die Behandlung stärker steuern als die Diagnosen.
- Der Gedanke, dass Respekt gegenüber familiären Bindungen und Loyalitäten der Patienten auch dort angesagt ist, wo die Art dieser Bindungen Behandlern nicht gefallen mögen. Also die Idee zu beerdigen, Patienten von vermeintlich „pathologischen“ Herkunftsmilieus zu trennen (ausgeprägte Missbrauchs- und Gewaltkontexte ausgenommen).
- Der Gedanke, mit Veränderungsoptimismus, aber ohne Veränderungsdruck an jede neue Behandlung zu gehen. Also mit der Botschaft an Patient und vielleicht auch an Angehörige heranzutreten: „Sie könnten vielleicht etwas Neues probieren. Sie müssen es aber nicht“.

Die Voraussetzung: gemeinsame systemische Weiterbildung aller Berufsgruppen

So zu arbeiten setzt Kompetenzen der Mitarbeitenden voraus, die über einen längeren Zeitraum erworben werden müssen. Im SYMPA - Projekt gelang es, 2003 bis 2005 für 100 Mitarbeitende einen Grundkurs in systemischer Beratung und Therapie mit psychiatriespezifischen Inhalten im Umfang von 18 Kurstagen über 1,5 Jahre anzubieten. Etwa 30 besonders motivierte Mitarbeiter bildeten sich danach von 2006 bis 2009 in größeren Abständen über insgesamt 15 Tage weiter. Sie bilden heute den personellen Kern des Projektes, der in den Kliniken neue Kollegen in diese Arbeitsweise einarbeitet. Wir haben in dieser Weiterbildung gelernt, eher systemische Haltungen als Techniken zu vermitteln. Hilfreich waren selbsterfahrungsorientierte Übungen zum Erleben, wie psychiatrische Diagnosen, Chronifizierungsprozesse und „Zwangsbeglückungen“ sich anfühlen, wenn man sich in Rollenspielen diesbezüglich in die Patientenrolle hineinversetzt. Für Pflegemitarbeiter war die „Selbstermächtigung“ zum Führen von Mehrpersonengesprächen eine besondere Herausforderung. Hierfür haben wir ein basales Training in Gesprächsmoderation in die Weiterbildung eingebaut.

Beeindruckt waren wir, wie die gemeinsame Weiterbildung von drei Kliniken, die im Wechsel an den drei Klinikstandorten stattfand, allen Kollegen ein Gefühl für die Variationsbreite psychiatrischer Behandlungen ermöglicht hat. Ein nicht seltener Dialog begann so: „Das ist bei uns nicht machbar!“ – „Das machen wir schon lange so!“ – „Ach, wie klappt das denn bei Euch?“. Dass diese Weiterbildung berufsgruppenübergreifend mit allen Stationsmitarbeiterinnen von der Oberärztin bis zum jungen Krankenpfleger stattfand, wurde nach anfänglichem Fremdeln bald vollkommen vertraut.

Der Ablauf einer stationären Behandlung im SYMPA - Projekt

Die Abbildung zum SYMPA - Grundprogramm zeigt, welche praktischen Vorgänge in einem SYMPA-Programm immer „dazugehören“ sollten. Wir sind dabei von dem ausgegangen, was mit den aktuellen Personalbesetzungen und den durchschnittlichen Aufenthaltsdauern (im Projektzeitraum 28 Tage) in den drei Projektkliniken machbar erschien.

Was ändert sich?

Unsere Begleitforschung hat gezeigt, dass es zu einer Vermehrung aller patientenbezogenen Gesprächsformen kam – der Einzelgespräche, der Gespräche mit Netzwerkmitgliedern und der Familienmitglieder. Hingegen reduzierten sich wie geplant die Gespräche mit Angehörigen in Abwesenheit der Patienten. Wir hatten Angehörige erfolgreich ermuntert, ihre anstehenden Fragen möglichst oft direkt mit den Mitarbeitern in Anwesenheit der Patienten zu besprechen.

Aus unseren Beobachtungen können wir folgende Schlüsse ziehen:
1. Genogramminterviews von ca. 30-40 Minuten Dauer, meist zwischen Krankenschwester/pfleger und Patient, ermöglichen den Mitarbeitern einen ungewöhnlich dichten Einblick in die Lebenssituation des Patienten.
2. Auftragsklärungen und deren mindestens 14-tägige Überprüfungen in „Zwischenbilanzen“ führen dazu, dass den Patienten mehr Eigenverantwortung zugesprochen wird, die Behandler begrenztere, aber realistischere Zielvorstellungen entwickeln und seltener in Konflikt mit den Zielen der

SYMPA - GRUNDPROGRAMM

1. **Mindestens ein Familiengespräch pro Aufenthalt (zu Beginn zur Behandlungsplanung), möglichst ein weiteres zur Entlassplanung**
2. **Genogramminterview mit Patient**
3. **Therapiezielplanung: Auftragsklärung, Entwicklung eines gemeinsamen Fallverständnisses, Behandlungsangebot aushandeln mit Patient, Angehörigen und Station**
4. **Mindestens ein systemisch-familienorientiertes Einzelgespräch pro Woche**
5. **Verhandeln über stationäre Konfliktsituationen, nach Bedarf:**
   - **Medikamenteneinnahme**
   - **Zwangsmaßnahmen**
   - **abrupte Entlassungswünsche**
6. **Entlassgespräch mit Zukunftsplanung und Gespräch über Entlassbrief und Diagnose**

SYMPA Systemtherapeutische Methoden in der Psychiatrischen Akutversorgung

Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Abb. 1: SYMPA – Grundprogramm

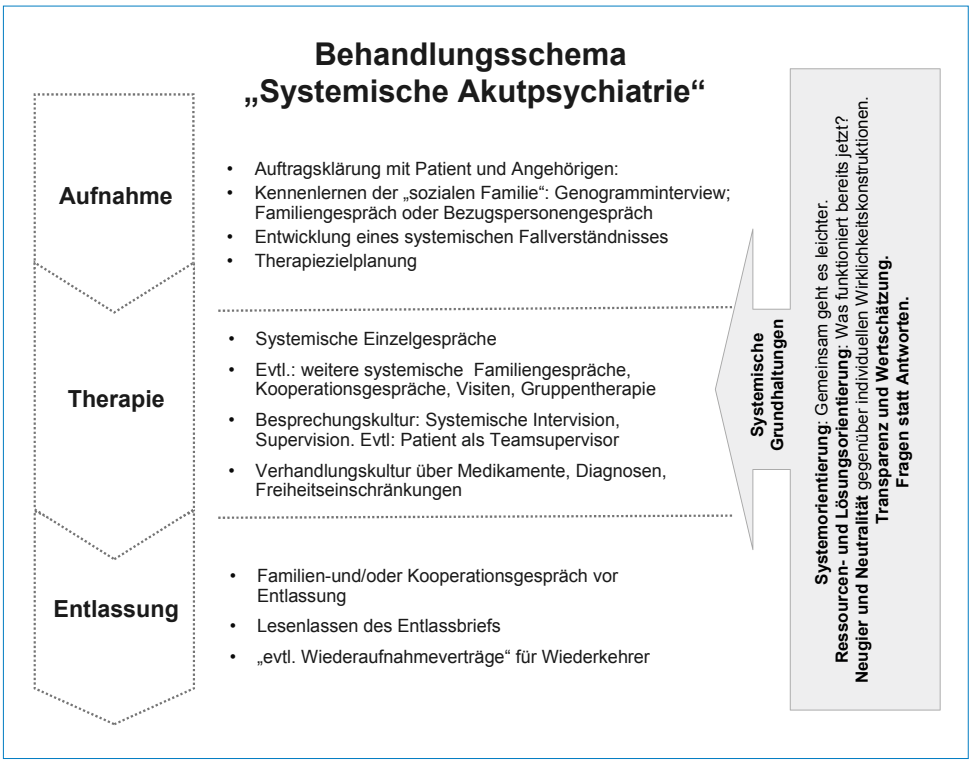


Abbildung: Behandlungsschema „Systemische Akutpsychiatrie“

Patienten und deren Angehörigen geraten.
3. Die schriftliche Fixierung der Therapieziele erzeugt oder verstärkt das Gefühl: „Wir ziehen an einem Strang“.
4. Zwangsmaßnahmen nehmen deutlich ab, weil man dank eines besseren Fallverständnisses viele Handlungen der Patienten „weniger persönlich nimmt“.
5. Wenn Patienten und auch Angehörige zu Fallbesprechungen eingeladen werden, goutieren die, die diese Einladung annehmen, solche Besprechungen meist sehr. Ein typischer Kommentar: „Ist ja wahnsinnig, wie viel Gedanken Ihr Euch über mich macht“.

Bei der Nachuntersuchung Ende 2008 fanden wir folgendes „Anwendungsniveau“ der in der SYMPA –Weiterbildung vermittelten Praktiken:
- hohes Niveau bei Auftragsklärung (bei über 75 % der Patienten)
- mittleres Niveau bei Genogramminterviews (bei über 50 % der Patienten)
- mittleres Niveau bei Familiengesprächen (bei über 50 % der Patienten)
- niedriges Niveau beim Einsatz von (personell aufwändigen) Reflecting Teams.

Dabei muss bedacht werden, dass ein großer Teil der Patienten nur für kurze Kriseninterventionen von unter einer Woche und weniger auf die Station ist. In diesem Zeitraum kommt das SYMPA - Grundprogramm nur selten zur Anwendung.

Gegenüber der intensiven Weiterbildungsphase 2003 - 2005 fanden im Jahr 2008 Auftragsklärung und Genogramminterviews etwas seltener, Familiengespräche und systemisches Verhandeln in Konfliktsituationen aber gleich häufig statt. Nach dem Ende der sozial spannenden Projektphase hält sich das erreichte Niveau also nicht in allen, aber doch in den meisten Hinsichten.

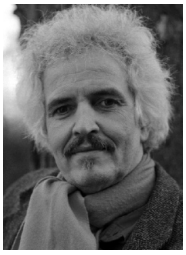
Die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit ändert sich

SYMPA hat zu einer beeindruckenden und gewünschten Emanzipation der Pflegekräfte beigetragen, die nun eigenständig Genogramminterviews und systemische Einzelgespräche führen und bei Familien- und Netzwerkgesprächen oft als Co-Leiter teilnehmen. Aus der Paderborner Klinik absolvieren derzeit knapp 20 Krankenschwestern und –pfleger eine zertifizierte Weiterbildung in systemischer Beratung. Um Zeitressourcen für diese Arbeit zu finden, wurden Teile der Behandlungsdokumentation bzgl. ihrer medizinischen und pflegerischen Aspekte vereinheitlicht. Ein Prozess, der in seiner Reibung mit berufsständischen Abgrenzungsbemühungen nicht geradlinig verlief, aber beeindruckende Erfolge zeigte.

Perspektiven

Kliniken oder einzelne Stationen können nun bei Interesse dieses Konzept für sich nutzen. Das Buch „SYMPAthische Psychiatrie“ (Schweitzer und Nicolai 2010), der das von den Stationen entwickelte Handbuch enthält, ermöglicht Einführung, Überblick und Vertiefung. Zahlreiche Kollegen in den drei Kliniken sind inzwischen in der Lage, ihre Erfahrungen an andere Teams weiterzugeben. Wünschenswerte Weiterentwicklungen gehen nun in folgende Richtungen:
1. Im Umfeld der Kliniken SprecherInnen von Angehörigen- und Psychiatrieerfahrenen noch mehr in die konzeptionelle Weiterentwicklung der Arbeit einzubeziehen (s. die Beiträge von Sybille Prins und Gudrun Schliebener in diesem Heft).
2. Solche Weiterbildungen künftig vermehrt gemeinsam mit außerklinischen Einrichtungen in der Region zu machen. Denn Patienten verbleiben für immer kürzere Behandlungsepisoden im Krankenhaus. Die Abstimmung mit Vor- und Nachbehandlern wird daher auch unter zeitökonomischen Gesichtspunkten immer wichtiger. Solche regionalen Kooperationen würden durch regionale Globalbudgets für psychiatrische Versorgung sicherlich erleichtert.

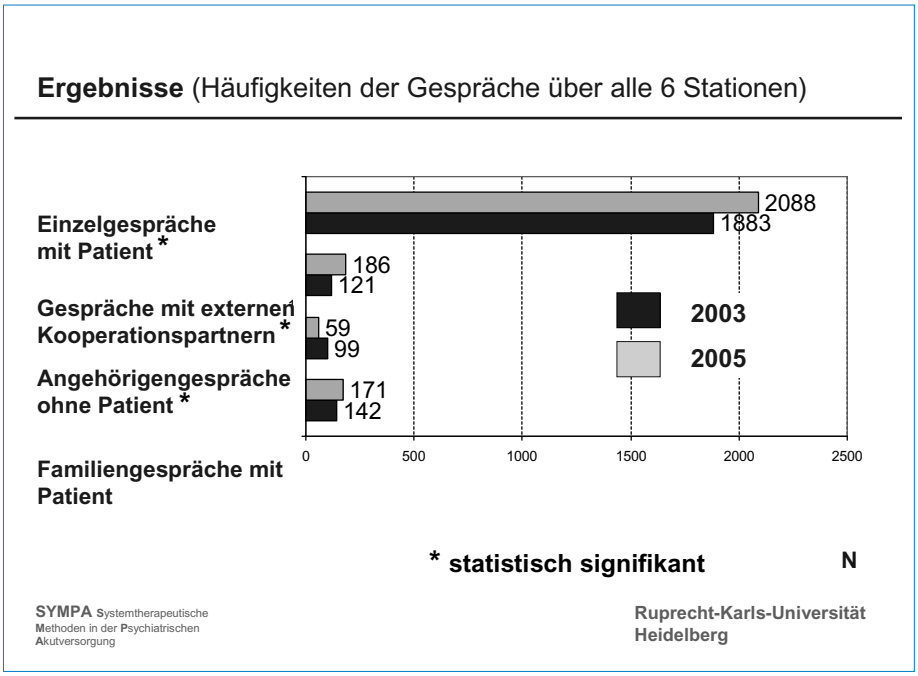
Gegen Ende des Projekts wurde Systemische Therapie als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren in der Bundesrepublik anerkannt. Dies schafft insbesondere in der fachärztlichen Weiterbildung und hoffentlich bald auch in der Ausbildung von psychologischen Psychotherapeuten günstige Voraussetzungen, eine systemisch-familienorientierte Arbeitsweise zu erlernen. Das SYMPA-Projekt verfügt über Geistes- und Seelenverwandtschaften mit den Psychoseseminaren, mit dem Reco-



Jochen Schweitzer
Prof. Dr., Universitätsklinikum Heidelberg, Institut für Medizinische Psychologie, Zentrum Psychosoziale Medizin, 69120 Heidelberg
Email: Jochen_Schweitzer-Rothers@med.uni-heidelberg.de

very-Ansatz und mit der bedürfnisorientierten Psychosentherapie skandinavischen Ursprungs. Auch der Austausch mit Sprechern von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen hat sich über die Jahre verdichtet. Es ist zu hoffen, dass sich diese Entwicklungen gegenseitig voranbringen. ●

Wir danken neben den Chefärzten (Dr. B. Baumgarte, PD Dr. B. Vieten, Dr. C. Oestereich) und Pflegedirektoren der drei Kliniken besonders den Projektkoordinatoren D.Schmitz, A.Eigner, R.Eich und M.Wintrich in Gummersbach; S.Kirschnik-Tänzer, H.Dopheide und C.Kausch in Wunstorf; W.Möller, F.Zimmerer und D.Engelbrecht in Paderborn. Auf Trainer- und Forscherseite danken wir besonders U.Borst und H.Grünwald aus der Schweiz sowie in unserem Heidelberger Team Julika Zwack, Jimena Bernales, Claudia Ginap, Joachim von Twardowsky, Matthias Ochs, Henrike Maurer und Markus Haun. Ohne ihrer aller Mitwirkung hätte dieses Projekt über sieben Jahre sich nicht so entwickeln können.



Die Tabelle zeigt Veränderungen der Gesprächshäufigkeiten in je 4 Wochen von Frühjahr 2003 bis Frühjahr 2005, registriert von studentischen Beobachtern.

Am Beispiel Nauen

Bedürfnisangepasste Behandlung nach finnischem Modell

Von Werner Schütze, Ulrich Karwinkel, Volkmar Aderhold

Abstract

Im Versorgungsgebiet der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Havelland- Kliniken GmbH wird am Standort Nauen ein neues Behandlungsmodell nach skandinavischem Vorbild eingeführt. Im Beitrag werden die Voraussetzungen, die bisherigen Implementierungsschritte und die angestrebten Ziele dargestellt.

Ausgehend von der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Havelland Kliniken GmbH wird im Versorgungsgebiet der Klinik, dem Osthavelland mit 105 000 EW, ein Behandlungsmodell nach skandinavischem, speziell finnischem, Vorbild implementiert. Dieses Modell orientiert sich an den Voraussetzungen des ursprünglich von Yrjö Alanen in Turku eingeführten „Need Adapted Treatment“ (NAT) und dem von Jaakko Seikkula und seinen Kollegen weiterentwickelten Modell des „open dialogue“, wie es derzeit in Tornio, in der Provinz Westlappland, praktiziert wird.

Voraussetzungen

Beim östlichen Havelland handelt es sich um eine durchweg ländliche Region am Rande der Großstadt Berlin, die sich in Nord-Süd-Richtung bis zu 40 km und in Ost-West-Richtung bis zu 50 km erstreckt. Die größte Stadt in diesem Bereich ist Falkensee mit 40 000 Einwohnern, die nächst größere Stadt ist Nauen mit nur noch 15 000 Einwohnern. Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik umfasst 3 Stationen mit insgesamt 60 Betten sowie 2 Tageskliniken an den Standorten Nauen (12 Pl.) sowie Falkensee (15 Pl.). An die Tageskliniken angeschlossen sind die Institutsambulanzen mit zusammen ca. 600 Patienten pro Quartal. Die ursprünglich mit zwei Stationen und einer Tagesklinik eröffnete Einheit verfügte bei Projektstart über ein hohes Maß an Mitbestimmungskultur, an Beteiligung aller Berufsgruppen bei wesentlichen Entscheidungen und an Solidarität untereinander. So konnte ein Konsens über die Einführung eines neuen Behandlungsmodells unschwer hergestellt werden (2006). Das Umfeld in Form von Geschäftsführung und Psychosozialer Arbeitsgemeinschaft war neuen Ideen gegenüber aufgeschlossen und sagte von Anbeginn Unterstützung in Form von finanzieller Hilfe und Mitarbeit zu.

Ziele

Wichtige Prinzipien der bedürfnisangepassten Behandlung, die in den 70er Jahren in Skandinavien entwickelt wurden, lassen

Werner Schütze
Dr., Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Havelland Kliniken GmbH in Nauen; seit 2006 Implemetierung des bedürfnisangepasssten Behandlungsmodells nach skandinavischem Vorbild im Havelland
Email: werner.schuetze@havelland-kliniken.de.

sich wie folgt beschreiben:
- Möglichst rascher und im Verlauf konsequenter Einbezug des Netzwerks des Patienten sowie dessen kontinuierliche Unterstützung,
- Verlagerung der Behandlung in das Lebensumfeld der Erkrankten (so wenig stationäre Behandlung wie möglich),
- Beziehungskontinuität,
- Vor allem bei psychotisch ersterkrankten Patienten möglichst keine Gabe von Neuroleptika (bzw. Gabe der geringstmögliche Dosis),
- Primat des psychotherapeutischen Vorgehens (systemisch-netzwerkorientiert).

Vor dem Erfahrungshintergrund der skandinavischen Kollegen ist deutlich, dass diese Art der individuell maßgeschneiderten Behandlung im Lebensumfeld der Betroffenen und unter Einbezug wichtiger Bezugspersonen überaus komplex ist und sehr hohe Anforderungen an die Behandler stellt. Sie kann daher nicht von einzelnen Therapeuten durchgeführt werden. Für unseren Probelauf stellte sich also die Aufgabe, Möglichkeiten für die Gründung mobiler Behandlungsteams zu finden.

Unser erstes Ziel war es, die nötige Professionalität über die Qualifizierungsmaßnahme als Voraussetzung für die Durchführung des „Need Adapted Treatment“ in der Form des „open dialogue“ herzustellen. Danach war es wichtig, die systemische Arbeitsmethode der reflektierenden Prozesse in der Klinik zu verankern. Nachdem das gelungen war, wollten wir Erfahrungen in der Durchführung von „Hometreatment“ in dieser speziellen Behandlungsform sammeln.

Implementierung: Qualifizierung

Der erste Schritt zur Einführung des neuen Modells war der Beschluss zur Durchführung einer Qualifizierungsmaßnahme für alle Mitarbeiter. Über drei Jahre sollten in einem ersten Schritt ca. die Hälfte aller Mitarbeiter an 5 Wochenenden (Fr/Sa) im Jahr (insgesamt 240 Stunden) in systemischen familien- und netzwerktherapeutischen Methoden geschult werden. Die Schulung sollte vor Ort durchgeführt werden, und es wurde ein geringer Satz für die Selbstbeteiligung der Teilnehmenden pro Wochenende vereinbart. Da Plätze frei blieben, konnten diese an 10 Mitarbeiter aus dem komplementären Bereich vergeben werden.

Das Ausbildungscurriculum orientierte sich in Theorie und Praxis weitgehend an dem Modell des Offenen Dialogs (1) innerhalb der systemischen Traditionsbildungen. Das zentrale Ziel bestand darin, die Teilnehmer so weit wie möglich zu befähigen, als multiprofessionelle Teams mittels Familien- und Netzwerkgesprächen Akutpatienten zu Hause zu behandeln. Es wurden auch weitere bewährte Methoden der systemischen Arbeit vermittelt, um die Kompetenzen zu vertiefen und für die weitere klinische Arbeit leichter anschlussfähig und nutzbar zu machen. Die Vermittlung erfolgte durch interaktive Vorträge, Übungen, Rollenspiele, Live-Familien ab dem 2. Jahr, Skripte, längere Texte, Peer Gruppen und die eigene Arbeit mit Familien und Netzwerken im klinischen Alltag. Die Motivation der Mitarbeiter war hoch. Die gemeinsamen Erfahrungen und die persönlichen Kontakte zwischen Mitarbeitern des komplementären und des klinischen Bereiches bewirkten schnell eine wirksame Erleichterung von Kooperationen im Alltag. Rollenspiele waren zunächst fremd und auch ängstigend, wurden jedoch bald zu einem wichtigen (Selbst-)Erfahrungsfeld. Nicht alle Mitarbeiter erlangten die Sicherheit, ein Netzwerkgespräch selbst verantwortlich zu leiten, die kotherapeutische und reflektierende Kompetenz wurde jedoch von allen erworben.

Implementierung: Einführung reflektierender Prozesse

Nach dem ersten Jahr der Ausbildung entstand der Wunsch, mehr mit dem basalen Rüstzeug systemischer Arbeit, den reflektierenden Methoden, zu arbeiten. Daraufhin wurde statt der bisherigen Visiten die Form des „reflecting team“ eingeführt. Dabei entwickelte jede der Stationen und Tageskliniken ihre Organisationsform, um die in der Tat zeitaufwendige und personalintensive Methodik in den Alltag zu integrieren. Dabei stieß man bald an Grenzen, die Anlass zu neuen Überlegungen gaben. Mit dem Ziel, immer weniger „über“ die Patienten zu sprechen, sondern möglichst viel in ihrer Anwesenheit zu kommunizieren, wurde die Behandlungskonferenz (2), die im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf von dem Team einer Akutstation für Menschen mit psychotischen Störungen entwickelt worden war, aufgegriffen und weiterentwickelt. Im Unterschied zum „reflecting team“ wird hier der Austausch des Patienten mit seinem Therapeuten um Fragen auch an die anderen Teammitglieder und vice versa erweitert. Das machte es möglich, die vorher üblichen Kurvenvisiten abzuschaffen. Nach einem halben Jahr stellte sich in einer kleinen Umfrage heraus, dass trotz der anfänglicher Skepsis gegenüber der Methode niemand diese Form der Visite wieder abschaffen wollte. Inzwischen ist es möglich, dass in den Tageskliniken wöchentlich für jeden Patienten eine Behandlungskonferenz durchgeführt werden kann. Auf den Stationen ist dies aus organisatorischen Gründen nur alle 2 Wochen möglich.

Implementierung: Psychoseteam

Der nächste Schritt bestand in der Gründung eine Arbeitsgruppe „Krisenteam“, welches später um der begrifflichen Klarheit willen in „Psychoseteam“ umbenannt wurde. Diese AG hatte die Aufgabe, die Voraussetzungen für das Vorgehen nach den Grundsätzen des Need-Adapted-Treatment zu schaffen.

Im Herbst 2008 bildete sich die Arbeitsgruppe mit dem Auftrag, im Rahmen der Entwicklungen der „Vision 2010“ über Möglichkeiten für einen Probelauf von „Hometreatment“ nachzudenken. In der Zeit bis zur Einführung eines Regionalbudgets, des von uns angestrebten Finanzierungsmodells für die geplante Ambulantisierung unserer Arbeit, sollten in der Abteilung möglichst viele praktische Erfahrungen mit dieser Behandlungsform gesammelt werden. Als Ziel wurde formuliert, ab

Ulrich Karwinkel
Dipl.-Psych., Psych. Psychotherapeut; seit 2005 in der Abt. für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Havellandkliniken Nauen, Mitarbeit am Modellvorhaben zur Ambulantisierung der psychiatrischen Versorgung und Implementierung des NAT nach finnischem Vorbild. Email: ulrich.karwinkel@hvl-kliniken.de

2009 möglichst alle psychotisch ersterkrankten Menschen, die mit unserer Abteilung in Berührung kommen, bedürfnisangepasst („need adapted“) zu behandeln.

Es sollte sichergestellt werden, dass im Bedarfsfall ein Verantwortlicher den Kontakt zur Familie herstellt, einen baldigen Termin vereinbart und sich gleichfalls um 2 Kollegen zur Bildung eines Teams bemüht. Diese hatten nun ihrerseits wieder sicher zu stellen, dass ihre Teilnahme an den Netzwerktreffen trotz ihrer übrigen Dienstplanverpflichtungen zuverlässig möglich sein würde, was insbesondere für die Kollegen der Pflege eine große Herausforderung bleibt, da nun entstehende Lücken im Team geschlossen werden müssen. Dies geht nur, wenn alle Verantwortlichen mitzudenken bereit sind und ausreichend Spielräume für die nötige Flexibilität geschaffen werden. Da schnell klar wurde, dass wir nicht in der Lage wären, zum jetzigen Zeitpunkt unser System in größerem Umfang umzustellen, vereinbarten wir, nur die Patienten und ihre Netzwerke nach der neuen Vorgehensweise zu behandeln, bei denen erstmalig psychotische Symptome aufgetreten waren. Dies schien uns nach Durchsicht der finnischen Studien besonders erfolgversprechend. Wir rechneten im ersten Jahr mit ca. 10 Neuerkrankungen und waren zuversichtlich, die Herausforderung in dieser Größenordnung bewältigen zu können.

Herr A.: Ein Beispiel aus der Praxis

Herr A., 30-jährig, kam abends in Begleitung des Rettungsdienstes und seiner Eltern in die Notaufnahme. Zuvor hatte er sich mit den Eltern in einem Einkaufszentrum in der Umgebung aufgehalten, wo er plötzlich und aus nicht erklärlichen Gründen einen akuten Erregungszustand erlitt und davon sprach, ihn beschimpfende Stimmen zu hören. Vom Sicherheitsdienst des Einkaufszentrums fühlte er sich bedroht und wollte weglaufen. Die Eltern schilderten, dass sich Herr A. seit ca. zwei Wochen verändert habe. Er sei zunehmend verschlossen, misstrauisch und unruhig. Schlafen könne er kaum noch. In einem vergleichbaren Zustand hätten sie ihren Sohn noch nicht erlebt. Der Patient erhielt in der Notaufnahme Lorazepam zur Beruhigung und es wurde die Aufnahme auf unsere allgemein-psychiatrische Station vereinbart.

Am nächsten Morgen kamen wir zu der Einschätzung, dass es sich wahrscheinlich um eine erste psychotische Episode im Rahmen einer paranoiden Schizophrenie (F20.0) handelt. Entsprechend unserer Behandlungsgrundsätze sahen wir von der Gabe eines Neuroleptikums ab, verordneten zur Beruhigung weiterhin Lorazepam und organisierten die bedürfnisangepasste Behandlung. Das erste Psychoseteam, bestehend aus einer Sozialarbeiterin, einer Ärztin und einem Psychologen, fand sich schnell zusammen. Das Team nahm Kontakt mit dem Patienten auf der Station auf und lud ihn und die von ihm als wichtig benannten Bezugspersonen (die Eltern sowie die ältere Schwester) zu einem ersten Netzwerktreffen am selben Tag ein. In diesem Treffen ging es neben der Kontaktaufnahme um die gemeinsame Einschätzung der Situation und die erste mögliche, bedürfnisangepasste Hilfestellung. Außerdem erläuterten die Mitglieder des Psychoseteams unser Hometreatment-Konzept. Da sowohl der Patient als auch seine Verwandten von dem Erlebten zutiefst verunsichert waren, wurde zunächst der weitere Aufenthalt von Herrn A. auf der Station und ein weiteres Netzwerktreffen am Folgetag vereinbart. In diesem Treffen gelang es dem Team, Herrn A. und seine Angehörigen zu ermutigen, das Krankenhaus zu verlassen und die Behandlung mit dem Psychoseteam zu Hause fortzusetzen.

Zum Zeitpunkt der Krankenhausentlassung bestand noch eine produktiv psychotische Symptomatik mit paranoidem Erleben und akustischen Halluzinationen, die Entlassungsmedikation bestand aus Lorazepam 4 x 1,5 mg. Die weiteren sieben Monate besuchten wir den Patienten und sein Netzwerk, dessen Kern weiterhin aus seinen Eltern und der älteren Schwester bestand, in seiner Wohnung. In den ersten Wochen fanden dort zweimal wöchentlich Netzwerktreffen statt, später wöchentlich und im abschließenden Behandlungsabschnitt vierzehntägig und vierwöchentlich (insgesamt 22mal). Es gelang dem Patienten mit Unterstützung seines Netzwerks sowie des Psychoseteams, trotz zwischenzeitlicher Verschlechterung seines Zustands die psychotische Episode ohne Neuroleptikagabe zu überwinden. Wir passten die Lorazepam-Dosis nach der gemeinsamen Einschätzung des Befindens von Herrn A. in den Netzwerktreffen kontinuierlich an. Ab April war der Zustand von Herrn A. insgesamt so stabil (es bestand keine produktiv psychotische Symptomatik mehr, der Patient war affektiv stabil und im Kontakt gut erreichbar), dass keine Medikation mehr notwendig war. Andere wichtige, die Behandlung betreffende Entscheidungen, z. B. Häufigkeit und Ort der Netzwerktreffen oder die Teilnahme weiterer Personen an den Treffen, wurden ebenfalls durchgehend gemeinsam in den Netzwerksitzungen getroffen. Abschließend wurde auf Herrn A`s Wunsch das Ende der Begleitung durch das Psychoseteam beschlossen. Der Patient nahm in der Folgezeit gelegentlich Angebote unserer Ambulanz (z. B. Hilfestellung des Sozialdienstes bei der Klärung seiner finanziellen Situation) wahr. Er und seine Angehörigen wissen, dass sie sich bei Bedarf jederzeit an das Psychoseteam wenden können.

Zwischenergebnisse

Am Ende des ersten Praxisjahres können wir nun auf sechs Behandlungen nach Prinzipien des Need Adapted Treatment zurückblicken:

- Die sechs psychotisch ersterkrankten Patienten (vier weiblich und zwei männlich) waren im Alter zwischen 20 und 37 Jahren.
- Wir vergaben viermal die Diagnose „paranoide Schizophrenie“ (F20.0) und zweimal „akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie“ (F23).
- In allen sechs Fällen fanden nach dem Erstkontakt weitere Netzwerktreffen statt.
- Alle Patienten befanden sich zu Beginn der Behandlung entweder vorübergehend zur Kri-

Volkmar Aderhold
Dr. med., Arzt für Psychiatrie Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin, arbeitet seit 1982 in der Psychiatrie. Mitarbeiter der Instituts für Sozialpsychiatrie an der Universität Greifswald.
Aktuell: Qualifizierungsmaßnahmen und Beratung von Kliniken bei der Strukturentwicklung.

Im Krankenhaus tätige Therapeuten sind es gewohnt, im Schutz einer etablierten Institution mit Definitions- und Behandlungsstandards zu arbeiten. Individuelle Bedürfnisse und Lebenskontexte können nur in sehr begrenztem Rahmen mitgedacht und berücksichtigt werden.

senintervention oder auch nach Wiederaufnahme in stationärer Behandlung.

- Insgesamt waren 14 Behandler an den Hometreatments beteiligt (sieben Pflegekräfte, zwei Ergotherapeutinnen, zwei Ärztinnen sowie zwei Psychologen, eine Sozialarbeiterin).
- Insgesamt fanden ca. 65 Netzwerktreffen außerhalb der Klinik statt. Im Durchschnitt waren es zehn Netzwerktreffen pro Patient. Die Frequenz der Netzwerktreffen variierte in den verschiedenen Behandlungsphasen von dreimal wöchentlich bis einmal pro Monat.
- Drei Patienten erhielten im Laufe der Behandlung Neuroleptika, drei überwanden die psychotische Erstepisode ohne Neurolepsie. Alle sechs Patienten erhielten vorübergehend Lorazepam.
- Zu den Behandlungen erfolgten insgesamt ca. 20 Supervisionsstunden beim leitenden Arzt der Klinik.
- Ende 2009 gab es drei aktive und drei ruhende Teams.

Inzwischen stoßen wir an organisatorische Grenzen. Die bisherigen Organisations- und Finanzierungsformen erlauben keine Ausweitung. Deshalb suchen wir nach alternativen Entgeltformen und sind zum Ergebnis gekommen, dass uns ein sektorübergreifendes Finanzierungsmodell (Regionalbudget) ermöglichen würde, mehr Patienten in der beschriebenen Weise zu begleiten.

Wir setzen derweil unsere Qualifizierungsmaßnahme fort. Seit 2010 gibt es einen zweiten Ausbildungszyklus, womit dann 2/3 unserer Mitarbeiter und Kollegen geschult wären. Auch eine Gruppe der bereits ausgebildeten Kollegen soll weiter geschult werden, damit sie dann möglicherweise einen 3. Zyklus selbst gestalten können. Damit sollen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass sich das System später aus sich selbst heraus erneuern bzw. weiterbilden kann.

Die Erfahrungen

Die eindrücklichsten therapeutischen Erfahrungen sind die grundlegende Verschiedenheit der einzelnen (Behandlungs-) Verläufe sowie die Intensität, mit der die Behandler involviert sind.

Im Krankenhaus tätige Therapeuten (damit sind alle beteiligten Berufsgruppen gemeint) sind es gewohnt, im Schutz einer etablierten Institution zu arbeiten. Die Institution Krankenhaus arbeitet mit Definitions- und Behandlungsstandards, in die die Patienten eingeordnet werden. Individuelle Bedürfnisse und Lebenskontexte können nur in sehr begrenztem Rahmen mitgedacht und berücksichtigt werden. Psychische Krankheit wird somit nur unzureichend als Ausdruck zwischenmenschlicher Störungen verstanden und i.d.R. unter unzureichender Berücksichtigung zentraler interindividueller Kontexte behandelt. In der Behandlungspraxis einer psychiatrischen Station oder Tagesklinik können vielmehr häufig Anpassungsleistungen an die standardisierten Vorgaben der Institution als Behandlungserfolge verkannt werden.

Diese Anpassungsleistungen haben oftmals wenig mit einer nachhaltigen Besserung der Situation des Betroffenen in seinen Lebensbezügen zu tun. Diese sind nach seiner Entlassung aus der Institution häufig nicht relevant und tragfähig. Das gilt leider häufig auch für innerhalb der Institution erbrachte Entwicklungsschritte. Es könnte so im Zusammenhang mit der standardisierten Krankenhausbehandlung psychischer Krankheit vom Vorrang der „treatment adapted needs“ vor dem „need adapted treatment“ gesprochen werden. Den in der Psychiatrie therapeutisch Tätigen dagegen bietet die Institution mit ihren Vorgaben Sicherheit, Orientierung und oftmals das für die Berufsausübung wichtige Gefühl, die nachhaltige Gesundung psychisch kranker Menschen mitzuerleben und selbst wichtige Beiträge dazu geleistet zu haben.

Das angesprochene Erleben der Behandler, sich beim Hometreatment mit psychotischen Menschen und ihren Netzwerken auf einen überaus intensiven und komplexen Prozess einzulassen, hängt mit dem Verlassen der Institution und dem Hineinbegeben in das Lebensumfeld der Betroffenen wie auch mit der dadurch erforderlichen Neuorientierung in der Therapeutenrolle zusammen. Behandler sind nun nicht mehr Experten der Erkrankung und Lotsen im Heilungsprozess innerhalb einer Orientierung und Sicherheit bietenden Institution. Sie sind gefordert, von ihrer traditionellen Expertenrolle Abstand zu nehmen und darauf zu vertrauen, dass die Betroffenen und ihr Netzwerk selber wissen bzw. gemeinsam entwickeln, was die Erkrankung/die Symptomatik im Kontext bedeuten könnte und was das günstigste gemeinsame Vorgehen ist. Die Aufgabe der Behandler ist es nun, den Erkrankten sowie die Mitglieder seines Netzwerks so miteinander ins Gespräch zu bringen, dass das für den Betroffenen Unsagbare, das sich in der Symptomatik (etwa in den vom ihm halluzinierten Stimmen) ausdrückt, eine gemeinsame Sprache findet.

Überhaupt Sprache: alle Stimmen sollen im Dialog des Netzwerks gehört werden und gleichberechtigt nebeneinander stehen können. Die Therapeuten stellen ihre Eindrücke und Überlegungen wertschätzend durch Reflexionen zur Verfügung. Der Patient und sein Netzwerk sollen so wichtige Impulse erhalten, um eigene Bewältigungsmöglichkeiten mobilisieren zu können.

Das ist alles sehr ungewohnt und für alle Seiten verunsichernd. Wir haben oftmals in der häuslichen Umgebung der Patienten Einblicke in komplizierte Dynamiken zwischen dem Erkrankten und Mitgliedern des Netzwerkes bekommen, die sich im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht geboten hätten. Es ist uns dabei häufig schwergefallen, uns in die neue Therapeutenrolle zu finden. Etwa aus in der Familie des Patienten gut eingeübten, aber dysfunktionalen (entwertenden, rigiden, aggressiven, grenzüberschreitenden oder vernachlässigenden) Kommunikationsmustern konstruktive Dialoge zu machen, in denen auch noch die halluzinierten Stimmen als gleichberechtigte Stimmen im Chor hätten gewürdigt werden können. Es gibt therapeutisch noch viel zu lernen.
Wie eine unserer Krankenschwestern für die Pflegekräfte formuliert hat, tun sich einige

In der neu definierten Rolle sind die Behandler nicht mehr Lotsen im Heilungsprozess innerhalb einer Institution. Ihre Aufgabe ist es nun, den Erkrankten und die Mitglieder seines Netzwerks so miteinander ins Gespräch zu bringen, dass das für den Betroffenen Unsagbare eine gemeinsame Sprache findet.

am Hometreatment beteiligte Pflegende mit dem geforderten therapeutischen Selbstverständnis insgesamt noch schwer. Zur Verunsicherung trägt zudem bei, dass die im Krankenhaus gewohnte ärztliche Anwesenheit entfällt. Die Anforderung, auch in brenzlig erscheinenden Situationen mit dem Netzwerk selbstverantwortlich um zumindest bis zum nächsten vereinbarten Treffen tragfähige Lösungen zu ringen, ist schwierig. Das gilt für alle Beteiligten.

Organisatorisch hat sich gezeigt, dass der Aufwand von Hometreatment personell und zeitlich hoch und im Rahmen des berichteten ersten Probelaufs logistisch sehr aufwendig ist. Alle Behandler mussten sich aus ihren alltäglichen Aufgaben lösen und arbeiteten neben dem laufenden Alltagsgeschäft in einem Psychoseteam. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, dass die im Schichtdienst arbeitenden Pflegekräfte besonders zu kämpfen hatten, sich aus dem Alltagsbetrieb der Stationen herauszulösen, um regelmäßig an Netzwerktreffen teilnehmen zu können. Das setzte gerade für die Pflegekräfte viel Flexibilität und Engagement voraus. ●

Literatur

(1) Seikkula, J., Arnkil, T. E. (2007). Dialoge im Netzwerk. Neue Beratungskonzepte für die psychosoziale Praxis. Neumünster: Paranus Verlag.

(2) Aderhold V., Gottwalz-Itten E., Hasslöwer H. (2010): Die Behandlungskonferenz – Dialog, Reflexion und Transparenz. Psychiatrische Pflege Heute 16:140-149.

Familienbezug in der Praxis eines niedergelassenen Psychiaters

Von Gerhard Dieter Ruf

Abstract

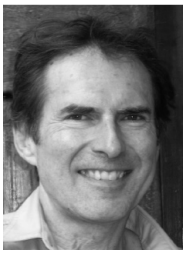
Die ambulante psychiatrische Versorgung kann neue therapeutische Optionen gewinnen durch eine Erweiterung des Beobachtungsrahmens vom Individuum auf die Familie und durch eine Berücksichtigung des jeweils vorliegenden Kontextes und der Auftragslage. Dann ergeben vorher unverständliche Symptome oftmals einen Sinn in der Lebensgeschichte des Patienten und können in therapeutischen Gesprächen durch Bewusstmachung auch willentlich steuerbar werden.

Die systemische Sichtweise psychischer Störungen

In der ambulanten psychiatrischen Versorgung wird meist die psychische Störung im Patienten lokalisiert. Wenn man den Beobachtungsrahmen vom Individuum auf das Lebensumfeld erweitert, kann man in vielen Fällen erkennen, wie unbewusst ablaufende Denk- und Verhaltensmuster und die Wechselwirkungen in der Familie zur Aufrechterhaltung der psychischen Störung beitragen können. Diese Muster sind zufällig oder in bestimmten Lebenssituationen entstanden, für die niemandem eine ursächliche Bedeutung oder gar eine Schuld zugesprochen werden könnte. Aber sie belasten nicht nur den Patienten, sondern in vielen Fällen auch seine Familie und das weitere Lebensumfeld.

Für problematische Denkmuster hat Bateson (1969) den Begriff erkenntnistheoretische Irrtümer geprägt. Wenn z.B. jemand im Alles-oder-Nichts-Muster denkt, nur schwarz und weiß sieht und Grautöne fehlen, wird er mit der Umwelt Schwierigkeiten bekommen. Borderline-Patienten denken häufig so. Andere sind Freund oder Feind, dazwischen gibt es nichts. Und weil niemand immer nur gut erscheinen kann, bleiben schließlich nur noch Feinde übrig. In einer solchen Welt kann man nicht gut leben, sodass Ängste, depressive Verstimmungen und andere Symptome resultieren können. Ein anderes Denkmuster kann zu Angststörungen beitragen: der so genannte Angstkreislauf. Manche Menschen mit einer Panikstörung befürchten, dass Herzklopfen der Beginn eines Panikanfalls sei. Wenn man dann das Herzklopfen nicht auf die soeben überstandene Bergwanderung, sondern auf einen beginnenden Panikanfall zurückführt, bekommt man Angst, und diese Angst verstärkt das Herzklopfen, was wiederum die Angst verstärkt, bis ein Panikanfall wirklich da ist und sich in einem zirkulären Prozess aufrechterhält.

In der Familie können sich gut gemeinte Unterstützungsmaßnahmen zu Belastungen entwickeln. Jürg Willi (1990) hat bei Paaren dafür den Begriff Kollusion geprägt. Wenn z.B. ein Ehepartner sich besonders passiv verhält, gleicht das der andere durch besonders aktives Verhalten aus, aber dann wird der passive noch passiver, der aktive noch aktiver usw. Auch wenn solche Verhaltensweisen durchaus normal sind und in jeder Familie als Zeichen einer guten Arbeitsteilung vorkommen können, ist eine Zuspitzung bis zur Krise in manchen Fällen möglich. Dann wird der aktive Partner ausgepowert und



Gerhard Dieter Ruf
Dr. med., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie mit Praxis in Asperg, systemischer Therapeut (IGST, SG), Autor des ersten Lehrbuchs der systemischen Psychiatrie. Dozent beim Bodensee-Institut für Systemische Therapie und Beratung.
www.psych-asperg.de,
Email: gdruf@psych-asperg.de

Eine psychische Störung hilft manchmal, soziale Probleme zu lösen. Der dann entstehende „sekundäre Krankheitsgewinn" nimmt die Motivation, durch eine Psychotherapie oder Familientherapie bessere Lösungen zu suchen

entwickelt ein Burnout-Syndrom, während der passive verlernt, sich alltäglichen Herausforderungen zu stellen und mangels positiver Verstärkungen depressiv wird.

Manchmal hilft eine psychische Störung, soziale Probleme zu lösen. Der dann entstehende „sekundäre Krankheitsgewinn" nimmt die Motivation, durch eine Psychotherapie oder Familientherapie bessere Lösungen zu suchen.

Das Ehepaar Müller (Name geändert) wurde von der Paartherapeutin an mich verwiesen, weil die Paartherapie wegen der immer wieder eskalierenden und von beiden Seiten gewalttätigen Auseinandersetzungen stagnierte. Ich solle beiden Beruhigungsmittel verordnen. Das hatte in der Folgezeit wenig Erfolg, sodass die Paartherapeutin die Paartherapie beendete und beiden eine Einzel-Psychotherapie empfahl. Herr Müller begann eine Einzeltherapie bei mir und trennte sich dann von seiner Frau. Frau Müller litt sehr unter der Trennung und wurde ein halbes Jahr später psychotisch in die Klinik eingewiesen. Sie machte nun die Erfahrung, dass die familiären Probleme plötzlich gelöst waren. Die Aggressionen waren bei beiden verschwunden und blieben bis heute weg. Herr Müller zog wieder in die gemeinsame Wohnung ein und versorgte die Kinder. Frau Müller zeigt sich seit der Klinikentlassung antriebsarm, macht wenig im Haushalt und wird von Mann und Kindern unterstützt. Sie wehrte sich erfolgreich gegen meine mehrfachen Angebote, die familiären Probleme in einer Paartherapie zu bearbeiten. Das Symptom bringt mehr Gewinn, als die Paartherapie zu bieten hat. Sie hatte gelernt, dass Krankheitssymptome die Familie wieder zusammengebracht und zum Ende der aggressiven Auseinandersetzungen geführt hatten: eine Fähigkeit. Der Stressor war ausgeschaltet. Und weil Frau Müller diesen Erfolg sah, zeigte sie ihre Krankheitssymptome weiterhin, um den Zusammenhalt der Familie auf keinen Fall zu gefährden. Der Kreis schließt sich: ein zirkulärer Prozess, der die Psychose, in diesem Fall das Residualsyndrom, aufrechterhält.

Der Kontext eines bestimmten Verhaltens ist dafür maßgeblich, welche Bedeutung ihm zugemessen wird. Sich den vorliegenden Kontext bewusst zu machen, ist notwendnig, ist, denn Vermischungen des Kontextes können zu paradoxen Situationen führen.

Psychiatrische Kontexte

Wenn professionelle Helfer den Patienten als Person in den Mittelpunkt stellen und die familiäre Situation und die Lebenssituation berücksichtigen, lassen sich in vielen Fällen bessere und adäquatere Lösungen für alle finden. Unterschiedliche Kontexte und zum Teil widersprüchliche Aufgaben bringen professionelle Helfer in eine schwierige Position. Als Teil des Gesundheitssystems haben sie zu erfüllen (Ruf 2000, 2005):

- den Auftrag von Gesellschaft und Krankenkassen, die Patienten bei knappem Budget „gesund" zu machen,
- den gesellschaftlichen Auftrag, bei Selbst- oder Fremdgefährdung Zwangsmaßnahmen anzuwenden,
- den Auftrag der überweisenden Hausärzte, z.B. sie von der Behandlung der psychiatrischen Patienten zu entlasten,
- manchmal den Auftrag von Angehörigen, z.B. störende Verhaltensweisen des Patienten zu reduzieren,
- den (meistens) explizit geäußerten Auftrag der Patienten selbst, sie zu beurteilen, zu unterstützen oder Probleme zu lösen,
- implizit mitschwingende, nicht geäußerte Aufträge der Patienten (z.B. infolge unkontrollierter Verhaltensweisen in die Klinik eingewiesen zu werden) oder der anderen beteiligten Auftraggeber.

Eine besondere Berücksichtigung des jeweils vorliegenden Kontextes hilft professionellen Helfern, in dieser Komplexität handlungsfähig zu bleiben.

Der Kontext ist dafür maßgeblich, welche Bedeutung einem bestimmten Verhalten zugemessen wird. So macht es einen wesentlichen Unterschied, ob Suizidgedanken von einem Schauspieler bei einer Theateraufführung geäußert werden, ob jemand dabei auf Bahngleise zugeht, ob er sich dabei bei einem Gutachter, bei einem Arzt oder bei einem Psychotherapeuten befindet. Im ersten Fall wird man als Zuschauer gespannt auf die Handlung schauen; im zweiten Fall wird man den Betroffenen von den Bahngleisen wegzerren; ein Gutachter wird vielleicht eine Verlängerung der Rente befürworten, der Arzt ein Antidepressivum verordnen und der Psychotherapeut ein Gespräch über Problemlösungen beginnen.

Bei psychiatrischen Tätigkeiten lassen sich drei wesentliche Kontexte unterscheiden:

- Ein normativer Kontext umfasst Fragen einer Norm, Normabweichung oder Anpassung an die Norm, einerseits bei Beurteilungen und Begutachtungen, andererseits bei Zwangsmaßnahmen im Fall von Selbst- oder Fremdgefährdung. Psychiatrische Tätigkeiten im normativen Kontext stellen keine Behandlung dar.
- Der Krankheitskontext geht von einer defizitorientierten Sichtweise einer psychischen Krankheit aus und impliziert die Notwendigkeit, dieses Defizit durch therapeutische Maßnahmen auszugleichen, zum Beispiel durch Medikamente oder durch eine supportive Psychotherapie. Solche Unterstützungsmaßnahmen sind in vielen Fällen notwendig und sinnvoll und sollten von Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen gewährt werden.
- Ein Problemlösekontext liegt vor, wenn die Therapie nicht als notwendige Unterstützung gesehen wird, sondern als Methode, mithilfe derer der Patient lernen kann, seine Probleme selbst zu lösen, also als Hilfe zur Selbsthilfe. Solche Therapien haben ein absehbares Ende, wenn die vorliegenden Probleme gelöst sind. Dieser Kontext ist der häufigste in Psychotherapien, kann aber auch in Beratungsgesprächen beim Sozialpsychiatrischen Dienst oder in anderen psychiatrischen Einrichtungen vorliegen.

Es ist hilfreich, wenn der jeweils vorliegende Kontext entweder explizit benannt oder zumindest implizit bewusst ist. Vermischungen der Kontexte können nämlich zu paradoxen Situationen führen. So könnte die Attestierung eines Defizits (normativer Kontext, z.B. Attest für einen Behindertenausweis oder Rente) während einer Psychotherapie (Problemlösekontext) gleichzeitig Unfähigkeit und Fähigkeit zur Problemlösung unterstellen und damit einen Fortschritt in der Therapie blockieren. Ähnliches geschieht bei einer Vermischung des Krankheitskontextes mit dem Problemlösekontext.

Äußert ein Patient während einer ambulanten Psychotherapie Suizidimpulse und fühlt sich der Therapeut für die Kontrolle der Suizidimpulse verantwortlich, kommt es zu einem Splitting von Verantwortung und Kontrolle (Retzer 2002), weil in Wirklichkeit nur der Patient sein Verhalten kontrollieren kann. Der Therapeut wird damit vom Verhalten des Patienten abhängig und seine therapeutische Tätigkeit wird gelähmt. Wenn im stationären Setting Zwangsmaßnahmen während einer Psychotherapie als therapeutisch deklariert werden, wird die Unterwerfung und Anpassung des Patienten als vernünftig und sein Kampf um Autonomie und gegen die Zwangsmaßnahmen als unvernünftig erklärt.

Grundsätzlich ist zu unterscheiden, wer der Auftraggeber für die Interaktion zwischen Behandler und Patient ist. Die Frage, wie der Patient zum jetzigen Zeitpunkt den Weg zum Behandler gefunden hat, durch wen er vielleicht überwiesen wurde, sagt viel über die Erwartungen an den Behandler aus. Es ist wesentlich, ob der Patient aktiv an einer Problemlösung arbeiten möchte oder ob er eine Unterstützung erwartet, weil er gerade aus irgendeinem Grund nicht aktiv sein kann oder will. Eine weitere Unterscheidung betrifft den Ort der Interaktion zwischen Behandler und Patient, ob diese in einer Klinik, in einer Praxis oder im Rahmen eines Hausbesuchs erfolgen soll. So macht es einen Unterschied, ob sich ein Patient an den Hausarzt wegen Schlafstörungen, an einen Psychotherapeuten wegen eines ungelösten und zu nächtlichem Grübeln führenden Problems oder notfallmäßig an eine Klinik wegen nächtlicher Suizidgedanken wendet. Seine Erwartungen an den Behandler oder die Institution geben ein bestimmtes Beziehungsangebot vor und weisen auf den von ihm gewünschten Kontext des weiteren Vorgehens hin. Wenn er sich verrückt und unkontrolliert zeigt und damit sich oder andere gefährdet, erreicht er einen Zwangskontext mit sozialer Kontrolle, auch ohne dies explizit als Wunsch zu formulieren. Damit setzt der Patient Signale für den von ihm gewünschten Kontext der weiteren psychiatrischen Interaktion.

Der Sinn der Symptome

Wenn wir den Patienten als Person ernst nehmen, müssen wir ihn in seinem Lebensumfeld betrachten und Bezüge zwischen seiner psychischen Störung und seiner Lebenssituation erkennen und in unser Behandlungskonzept einbinden. Damit stellt sich auch die Sinnfrage. Frankl (1979, S. 225) hält die Sinnerfüllung für eine notwendige Voraussetzung der Selbstverwirklichung. „Der Mensch ist ein Wesen auf der Suche nach Sinn“ (Frankl 1981, S. 59). Sinn dient dazu, Ereignisse des Lebens, der Biografie zu ordnen. Indem man einem Ereignis einen Sinn gibt, kommt man mit der Komplexität der Welt besser zurecht (Luhmann 1984).

Menschen mit psychischen Störungen suchen nach Sinn und Erklärung für ihre Störung. Nach einer Untersuchung von Thomas Bock an der Universität Hamburg stimmten 57 % befragter Patienten mit der Diagnose einer Psychose folgender Aussage zu: „Ich suche nach Erklärungen, warum gerade ich eine Psychose bekommen habe“. 31 % stimmen dem Satz zu: „Mit meinen Fragen über die Psychose fühle ich mich alleingelassen.“ (Klapheck 2009, S. 82). Wir sollten deshalb mit ihnen ins Gespräch kommen und sie bei ihrer Suche nach Sinn und Erklärungen für die psychische Störung unterstützen.

Ich möchte am Beispiel der Schizophrenie ausführen, welchen Sinn Symptome in der Lebensgeschichte des Patienten machen können. Menschen mit einer Schizophrenie und auch ihre Familienangehörigen haben meist eine besondere Angst vor Schuld und Verantwortung. Sie können oft nicht mit der Schuld leben, ihre Angehörigen zu enttäuschen oder zu verletzen. Das führt zu einem Kreislauf zwischen dem psychischen und dem sozialen System: Aus Angst vor Schuld werden Verhaltensweisen vermieden, die schuldig machen könnten, z.B. Abgrenzung oder Nein-Sagen; weil man dann nicht lernt, mit den Reaktionen der anderen auf Abgrenzung umzugehen, wird die Angst immer größer, dann wieder das Vermeidungsverhalten usw.

Die systemische Therapie setzt an den problematischen zirkulären Prozessen in der Kommunikation und im Denken an (Ruf 2005). Es wird besprochen, was es bedeuten würde, wenn die Störung keine „Krankheit“ wäre. Damit wird das in der Psychiatrie bisher übliche defizitäre Krankheitskonzept aufgelöst. Was würde es für die Familie bedeuten, wenn der Patient sein Verhalten bewusst steuern und ändern könnte? Für wen wäre das gut, für wen nicht? Letztendlich können wir natürlich nicht wissen, was der Patient selbst aktiv steuern kann und was nicht. Aber wenn wir dies im Gespräch thematisieren, finden wir in vielen Fällen Bereiche, die vom Patienten steuerbar werden.

In manchen Fällen dient das psychotische Verhalten dazu, Konflikte in der Familie unsichtbar zu machen, weil sich dann alle nur noch um den Patienten kümmern; dann kann man zur Überprüfung der Hypothese die spielerische und paradoxe Aufgabe geben, der Patient solle immer dann, wenn Konflikte in der Familie drohen, sagen, er höre innere Stimmen. Wenn das vermutete Muster in der Familie vorgelegen hat, kann es nach dieser Symptomverschreibung nicht mehr unbewusst ablaufen, es ist offengelegt, und man kann sich in der Therapie nun auf die Lösung der Konflikte konzentrieren.

Vor solchen Interventionen sollte aber der Preis und das Risiko sowohl von Veränderung als auch von Nicht-Veränderung besprochen werden. Damit lernt der Patient und die Familie schrittweise, Verantwortung zu übernehmen und die Risiken veränderter Verhaltensweisen auf sich zu nehmen.

Herr S. lebte mit 21 Jahren noch bei den Eltern und erlebte immer wieder Gewalt durch seinen alkoholabhängigen Vater, der die meiste Zeit depressiv im Bett verbrachte, während die von Herrn S. über alles geliebte Mutter das Geld verdiente. Er war bei seinen

„Der Mensch ist ein Wesen auf der Suche nach Sinn (Victor Frankl)“. Menschen mit psychischen Störungen suchen nach dem Sinn und nach einer Erklärung für ihre Störung und brauchen dafür Unterstützung.

In manchen Fällen dient das psychotische Verhalten dazu, Konflikte in der Familie unsichtbar zu machen- weil sich dann alle nur noch um den Patienten kümmern. Wenn es gelingt, solch ein Muster offenzulegen, kann man sich in der Therapie nun auf die Lösung der Konflikte konzentrieren.

Therapeutische Gespräche können helfen, den Sinn unbewusst ablaufender symptomatischer Verhaltensweisen bewusst und damit der willentlichen Steuerung zugänglich zu machen.

Freunden beliebt und ertrug die häusliche Situation mit Konsum von Cannabis und anderen Drogen. Als die Gewalt durch den Vater eskalierte, zog sich Herr S. von seinen Freunden zurück und entwickelte die wahnhafte Vorstellung, seine Mutter sei von einem seiner Freunde vergewaltigt worden.

Nach einer stationären Behandlung kam er in gebessertem und drogenfreiem Zustand in Begleitung seiner Mutter in unsere Praxis und wünschte neben der Fortführung der neuroleptischen Behandlung eine Psychotherapie. Neben einer Einzeltherapie bei mir wurden Familiengespräche bei meiner Frau, die in der Praxis mitarbeitet, begonnen. In der Einzeltherapie wurden die guten Seiten der Psychose erörtert. Er meinte, früher sei er ein „eiskaltes Arschloch“ gewesen, habe mit Drogen gedealt und Leute geschlagen. Jetzt sei er durch die Psychose „zahm“ geworden. In lösungsorientierten Gesprächen wurden die Schritte zu einem selbstständigen Leben und zur Berufsausbildung erarbeitet.

In den Familiengesprächen mit Herrn S. und seiner Mutter wurde die Funktionalität der Krankheit in der Familie besprochen. Der Sinn der Erkrankung wurde deutlich: Herr S. liebte beide Eltern sehr und fühlte sich verantwortlich, da beide äußerst labil erschienen. Durch die Psychose hatte sich in der Familie viel verändert. Beide Eltern besuchten ihn im Krankenhaus im Wechsel je sechs Stunden täglich.

Die Krankheit erwies der Mutter einen Dienst, indem Herr S. sich einerseits als Sorgenkind zur Verfügung stellte und von deren eigener Not ablenkte, andererseits fast rund um die Uhr zur Verfügung stand als Gesprächspartner, Verbündeter und Beschützer. Die Mutter-Sohn-Beziehung wurde sehr viel intensiver. Die Mutter kümmerte sich seit Beginn der Erkrankung mit 80-90% ihrer Zeit und Kraft um Herrn S. und reduzierte die Arbeit in ihrer eigenen Firma auf zwei Stunden täglich. Die Krankheit war der erste erfolgreiche Weg, den Alkoholmissbrauch des Vaters zu stoppen. Herr S. stand dem Vater als Seelentröster zur Verfügung. Die Krankheit half aber auch Herrn S., indem er sich aus der häuslichen Situation ein Stück weit ausklinkte, für einen Settingwechsel der Familie sorgte (man traf sich im Krankenhaus) und vor allem, indem er Hilfe von außen in die Familie brachte. Er ertrug die Situation zwischen den Fronten, der Widerspruch war durch die Krankheit und die Medikation quasi weggedämpft.

Die Familiengespräche mit Mutter und Patient wurden zunehmend Beratungsgespräche für die Mutter, sodass sie schließlich auch einige Einzelgespräche in Anspruch nahm, bis sie selbst den Eindruck hatte, weitgehend die Krise überwunden zu haben. Mutter und Sohn warfen gemeinsam den Vater aus der Wohnung, dessen Depression mit seiner neuen Partnerin verschwunden war. Herr. S. äußerte den Wunsch, auch ein Gespräch mit dem Vater zu führen, um sich mit therapeutischer Moderation und Unterstützung zu trauen, sich von ihm abzugrenzen. Dieser verstand in diesem Gespräch offenbar, dass sein Verhalten die Krankheit des Sohnes ungünstig beeinflusste, und zeigte sich sehr motiviert, den Sohn zu unterstützen. Er gab ihm die Erlaubnis, stärker als bisher die Häufigkeit und Gestaltung der Kontakte zu bestimmen. Beide vereinbarten, dass Herr S. die Initiative für Kontakte übernehmen solle und dass der Vater keine Klagen über seine Frau äußern solle; der Vater holte sich das Einverständnis, bei längeren Kontaktpausen per SMS nach dem Befinden des Sohnes fragen zu können. An diese Vereinbarungen hielt sich der Vater bis zum Ende der Gespräche.

Die Reflexion des Aufopferungsaspekts und die familiären Entwicklungen aktivierten spürbar die „gesunden“ Anteile von Herr S. Er machte Fortschritte in der Rehabilitation, begann, sich wieder mit Freunden zu treffen, und traf zusammen mit seiner Mutter alle Vorkehrungen, die Lehre im Herbst fortzusetzen.

Therapeutische Gespräche können helfen, den Sinn unbewusst ablaufender symptomatischer Verhaltensweisen bewusst und damit der willentlichen Steuerung zugänglich zu machen. Der Patient kann dann mehr Verantwortung für sich und seine Verhaltensweisen übernehmen und symptomatisches Verhalten auch unterlassen, wenn er das möchte. Voraussetzung dafür ist ein entsprechender Auftrag des Patienten und seiner Familie, in therapeutischen Gesprächen bessere Lösungen nicht nur für den Patienten, sondern für die ganze Familie zu suchen. ●

Literatur

Bateson, G. (1969): Krankheiten der Erkenntnistheorie. In: Ders. (1972): Ökologie des Geistes. Frankfurt/Main (Suhrkamp) 1981, S. 614-626.

Frankl, V.E. (1979): Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn. München, Zürich (Piper & Co.).

Frankl, V.E. (1981): Die Sinnfrage in der Psychotherapie. München (Piper & Co.).

Klapheck, K. (2009): Der subjektive Sinn von Psychosen im Zusammenhang mit Krankheitskonzepten und Krankheitsverarbeitung. Validierung des Hamburger SuSi-Fragebogens. Diplomarbeit zur Diplomprüfung im Studiengang Psychologie des Fachbereichs Psychologie der Universität Hamburg.

Luhmann, N. (1984): Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt/ Main (Suhrkamp).

Retzer, A. (2002): Passagen – Systemische Erkundungen. Stuttgart (Klett-Cotta).

Ruf, G. (2000): Systemische Psychiatrie – ein Praxiskonzept. Familiendynamik 25: 532-550.

Ruf, G. (2005): Systemische Psychiatrie. Ein ressourcenorientiertes Lehrbuch. Stuttgart (Klett-Cotta).

Willi, J. (1990): Die Zweierbeziehung. Spannungsursachen, Störungsmuster, Klärungsprozesse, Lösungsmodelle. Reinbek bei Hamburg (Rowohlt Taschenbuch).

Literatur zum folgenden Beitrag von Eia Asen

Asen, Eia & Jones, Elsa (1999): Systemic therapy for depression. Context 41: 22–23

Jones, E. & Asen, E. (2000) Systemic Therapy and Depression. Karnac, London

Jones, E. & Asen, E. (2002) Wenn Paare Leiden. Wege aus der Depressionsfalle. Borgmann, Dortmund.

Leff, J., Vernals, S., Brewin, C., Wolff, G., Alexander, B., Asen, E., Dayson, D., Jones, E., Chisholm, D. & Everitt, B. (2000) The London Depression Intervention Trial: an RCT of antidepressant versus couple therapy in the treatment and maintenance of depressed people with a partner: clinical outcomes and costs. British Journal of Psychiatry, 177:95-100

Lemmens, G., Eisler, I., Migerode, L., Heireman, M. & Demyttenaere, K. (2007) Family discussion group therapy for major depression: a brief systemic multi-family group intervention for hospitalised patients and their family members. Journal of Family Therapy 29: 49-68

Der Partner als Assistent in der Therapie depressiver Patienten

Von Eia Asen

Abstract

Bei der partner-assistierten Therapie (PAT) handelt es sich um ein systemisches Verfahren mit guter Evidenzbasis. Der Partner des depressiven Patienten entwickelt sich während der Therapie vom Beobachter und Informanten zum Ko-Patienten und Ko-Therapeuten. PAT hat drei Phasen, in denen spezifische Interventionen im therapeutischen Prozess zuerst nur in Gegenwart des Partners, später dann unter aktiver Einbeziehung des Partners eingesetzt werden.

Depression im Kontext

Depressive Verhaltensweisen können eine wichtige Rolle in sozialen Beziehungen spielen und depressive Erkrankungen im Erwachsenenalter sind häufig eng mit spezifischen Dynamiken in Partnerschaften verbunden. In problematischen Paarbeziehungen weisen Depressionen eine größere Häufigkeit, Stärke und Rückfallquote auf. Wenn Kinder ihre Eltern akut oder chronisch depressiv erleben, dann kann ihr eigenes persönliches Wachstum langzeitig nachteilig beeinflusst werden.

Nun gibt es von somatischen über verhaltenstherapeutische und psychodynamische bis zu systemischen eine Anzahl von Konzepten, die versuchen, die Ursachen, Auslösefaktoren und Behandlungsformen von depressiven Erkrankungen zu erklären und zu beschreiben. In Abgrenzung zu anderen Modellen verfügt der systemische Ansatz nicht über eine intra-psychische, sondern über eine inter-psychische Ausrichtung, da er depressives Verhalten durch Einbeziehung von Partnern, Familie, Nachbarschaft und Helfersystemen primär kontextuell behandelt. In diesem Beitrag will ich mich vor allem auf die Rolle der Partner bei der systemischen Therapie von schwer depressiven Patienten beschränken. Diese Arbeit, die partner-assistierte Therapie (PAT), wurde im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie entwickelt, evaluiert (Leff et al 2000) und ausführlich in verschiedenen Publikationen vorgestellt (Asen & Jones 1999, Jones & Asen 2000, Jones & Asen 2002).

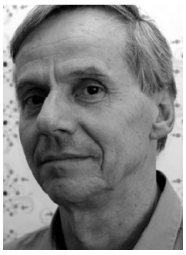
Man braucht wahrlich über keine systemtherapeutische Ausbildung zu verfügen um festzustellen, dass ein depressiver Patient die nahe stehenden Familienangehörigen beeinflusst, und dass deren Reaktionen wiederum den Patienten und dessen Verhalten und Erleben beeinflussen. Diese Zirkularität veranlasst Familien- und Paartherapeuten dazu, depressives Verhalten vornehmlich als ein interaktionelles Phänomen zu behandeln. Es stellt sich die Frage nach den Prozessen, die depressive Symptomatiken begünstigen oder verstärken. So kann depressives Verhalten eine Botschaft an den Partner oder die Partnerin sein, sich stärker zu engagieren („Gib' mir mehr Zuneigung, siehst Du nicht wie schlecht es mir geht?"). Depressionen können systemerhaltend wirken und den Partner daran hindern, die Beziehung zu verlassen. Der „schwache" Depressive zwingt sozusagen den „starken" Partner dabeizubleiben und schwächt so dessen Position. Depressives Verhalten kann Partner wichtig machen, indem man sie zu Rettern und Helfern kürt. Der oft chronische „Tanz" – oder maligne Clinch – zwischen „hilfreichen" Helfern und „hilflosen" Geholfenen bringt neue Schritte und Routinen hervor, die etablierte Machtpositionen effektiv umkehren können. Oft finden wir dann ein rückbezügliches Muster, wo der eine Partner sagt: „Ich bin so depressiv, weil unsere Beziehung so mies ist", und der andere entgegnet: „Unsere Beziehung ist so mies, weil Du so depressiv bist".

Systemisch orientierte Paartherapeuten sehen also depressives Verhalten auch als beziehungsgestaltende Lösungsversuche und entwickeln Interventionen, die diese verstören und zu neuen Paarinteraktionen und -kommunikationen anregen sollen. Der Therapeut ist eine Art Katalysator, der den Wandlungsprozess in Gang setzt. Er ist kein „Sozial-Ingenieur", der dem Paar „besseren" Umgang miteinander verschreibt, sondern ein Hersteller von Kontexten, der depressives Verhalten im Paarkontext in Frage stellt. Diese Form von Therapie wird bewusst nicht als Paartherapie bezeichnet, da wir es ja mit einem als depressiv identifizierten Patienten zu tun haben, der seine Erkrankung oft bereits als chronisch verlaufend erlebt. Wir nennen den Ansatz „partner-assistierte Therapie" (PAT), denn viele Partner würden bei einer expliziten Paartherapie nicht mitmachen, da für sie nicht die Ehe oder die Beziehung erkrankt ist, sondern der Partner an einer Depression leidet. So ist der Partner in der ersten Phase von PAT erst einmal ein Beobachter.

Die Phasen der partner-assistierten Therapie (PAT)

Die partner-assistierte Therapie PAT besteht aus drei Phasen, meist mit 12 Sitzungen in zwei bis drei wöchigen Abständen.

Die erste Phase richtet ihren Fokus primär auf die Symptomatik. Unabhängig davon, was man konzeptuell über die Ätiologie und Pathogenese der Depression denken mag, ob man sie für sozial konstruiert (und somit als das Ergebnis sozialen Aushandelns) oder für eine „wirkliche" Erkrankung mit biologischer Grundlage hält, ist der Respekt gegenüber



Eia Asen
Kinder- und Jugendpsychiater, Klinischer Direktor des Marlborough Family Service in London, einer öffentlichen, gemeindenahen und systemisch ausgerichteten Einrichtung. Systemischer Therapeut und Visiting Professor am University College London. Aufgewachsen in Berlin, seit 40 Jahren in London tätig.

der Depression in jedem Fall sehr wichtig. Denn sie tritt ja oft als ein langjähriger „Partner“, wenn nicht gar als Verbündeter des Patienten auf. Trotz aller Beteuerungen geschieht es nicht selten, dass der Patient sie nicht plötzlich aufgeben kann oder will. In dieser Phase geht es therapeutisch um die Exploration der Symptombeschreibungen und Problematiken und wie diese sich zeitlich, in den Reaktionen anderer und in den Bedeutungen, die ihnen zugeschrieben werden, manifestieren. Kontextuelle Schwankungen des depressiven Verhaltens, wer und was die depressive Symptomatik verstärkt und verringert, das sind die Themen während dieser ersten Phase. Partner werden zu diesem Zeitpunkt nur gebeten, eine möglichst „objektive“ Außensicht beizusteuern. Wenn sie nicht direkt an der Therapie teilnehmen wollen, weil sie sich von der Depression nicht betroffen fühlen, dann sollte das unwidersprochen akzeptiert werden. Allerdings fordern wir die Partner auf an jeder Sitzung teilzunehmen, selbst wenn sie die ganze Stunde stumm am Rande des Geschehens oder in einer entfernten Ecke des Therapiezimmers verbringen wollen. Das halten allerdings nur die wenigsten Partner auf Dauer aus und so können zirkuläre Fragen an die Patienten („Was glauben Sie würde Ihr Partner dazu sagen, wenn ich ihn fragen würde und er bereit wäre, zu antworten?“) die Partner eher früher als später in das therapeutische Gespräch einbeziehen.

In der zweiten Phase werden die Beziehungsmuster in der Partnerschaft direkt exploriert und die Rollen und Konsequenzen der depressiven Verhaltensweisen angesprochen. Die Depression entpuppt sich hier oft als die „dritte Person“ in einer Zweierbeziehung. Techniken, die Symptome und Verhaltensweisen externalisieren, lassen sich hier gut einsetzen. Paar und Therapeut begeben sich auf die gemeinsame Suche nach einem neuen Verständnis dessen, was zu depressivem Verhalten führt und wie es vermieden werden kann. Depressives Verhalten wird neu gerahmt, z.B. als „Ferien vom normalen Leben“, „Superklebstoff für Beziehungsprobleme“, „Bestrafung für Sünden in der Vergangenheit“, „Regulation der Beziehungsdistanzen“, als „Schutzengel“ für einen – vermeintlich – vulnerablen Partner, als „Familienharmonieförderung“ oder gar als ein „Job für pensionierte Eltern“.

In der dritten Phase geht es um die Rückfallprophylaxe. Das heißt, wir befassen uns damit, wie beide Partner mögliche oder wahrscheinliche Krisensituationen antizipieren und/oder identifizieren können. Es wird ausprobiert, wie man in Krisen miteinander umgehen kann um die Depression zu schlagen.

Forschung und Ergebnisse

In der Londoner Depressions-Interventionsstudie (Leff et al 2000) wurde systemische Paartherapie (PAT) mit individueller kognitiver Verhaltenstherapie und mit antidepressiver Medikation verglichen. Schwer depressiv erkrankte Patienten, die sich in einer Partnerbeziehung befanden, wurden zufällig in einer dieser drei Behandlungsgruppen behandelt. Es zeigte sich, dass PAT die niedrigste Dropout-Rate hatte und die besten Langzeitergebnisse in Bezug auf die depressiven Symptomatiken. Es zeigte sich, dass PAT verglichen mit medikamentöser Therapie zwar deutlich höhere unmittelbare Behandlungskosten verursachte, dafür aber weit niedrigere Folgebehandlungskosten. Bezüglich der Gesamtkosten entsprach sie damit bei deutlich besseren Behandlungsergebnissen denen der Pharmakotherapie. Die kognitive Verhaltenstherapie zeigte sich bei dieser Studie von chronisch schwer depressiven Patienten als ungeeignet. Sie musste vorzeitig beendet werden, da 8 von den ersten 11 Patienten ihre Therapie vorzeitig abbrachen.

Die Ergebnisse dieser Studie sind bislang nicht repliziert worden. Allerdings zeigte in den letzten Jahren ein Belgisches Forschungsteam, dass PAT, kombiniert mit einem Multifamilientherapieansatz, ähnliche gute Resultate erbrachte (Lemmens et al 2007).

Literaturangaben

Haja Molter
Psychologischer Psychotherapeut, Lehrtherapeut am IF Weinheim, Lochnerstr. 9, 50674 Köln

Strukturelle Familientherapie

Was lehrt uns die Arbeit von Salvador Minuchin?

Von Haja Molter

Abstract

Der Beitrag vermittelt einen kurzen Einblick in die Grundzüge der strukturellen Familientherapie, die auch heute noch als Beobachtungskategorien in der Arbeit mit Familien hilfreich sind. Die therapeutischen Interventionen beziehen sich auf Beziehung, Distanz und Nähe, Grenzen, Subsysteme, Koalitionen, Allianzen und Konfliktlösung. Der Ansatz bietet Helfersystemen wichtige Hinweise zur Bildung eines Arbeitsbündnisses mit Familien

Biografische Notiz

Der heute einundneunzig Jahre alte Salvador Minuchin, von der Grundausbildung her Arzt und Psychiater, hat ein beeindruckendes Lebenswerk geschaffen. Geboren 1921 als Kind jüdisch – russischer Emigranten in Argentinien lebte er nach Aufenthalten in USA und Israel seit 1954 in den USA. Er ist Mitbegründer und einer der maßgeblichen Vertreter der strukturellen Familientherapie, die er u.a. mit Jay Haley, Chloe Madanes, Lynn Hofmann und Harry Aponte in den USA entwickelt hat. In Eu-

Salvador Minuchin

ropa vertritt Maurizio Andolfi prominent diesen Ansatz. Minuchin beschäftigte sich zunächst mit verhaltensgestörten Kindern aus Unterschichtsfamilien und Ende der sechziger bis Ende der siebziger Jahre mit Kindern, die an psychosomatischen Erkrankungen wie Diabetes, Magersucht und Asthma litten. In seine Forschungsarbeiten bezog er die Familien der Kinder mit ein. In dieser Zeit prägte er den Begriff der strukturellen handlungsorientierten Familientherapie, die auf der Theorie des Strukturalismus basiert. Ab 1985 beschäftigte er sich verstärkt damit, wie sich soziale Institutionen auf das Leben von Familien auswirken. Weiter versuchte er, seine Erkenntnisse in den kommunalpolitischen Kontext umzusetzen und dort Einfluss zu nehmen. Er lebt heute mit seiner Frau in Boston.

System und Struktur der strukturellen Familientherapie

Kurz zusammengefasst kann man sagen, dass es keinen einheitlichen Strukturalismus gibt, sondern lediglich strukturelle Grundannahmen, die vom Systemcharakter und von der Systemstruktur ausgehen. Die Struktur bedingt die Funktionalität der Teile im Verbund einer Ganzheit. Auf diesen Grundannahmen bauten Minuchin und seine Mitarbeiter die strukturelle Familientherapie auf. Sie betrachteten Familie als ein System, in dem Strukturen die Funktionalität bestimmen.

So orientiert sich diese Art der Therapie an der Organisation und an der Interaktion des Familiensystems. Strukturelle Familientherapeuten fokussieren mehr auf Beziehungsbotschaften als auf Inhalte eines Konflikts. Die therapeutischen Interventionen beziehen sich auf Beziehung, Distanz und Nähe, Grenzen, Subsysteme, Koalitionen und Allianzen. Ziel ist es, die Gegenwart zu modifizieren anstatt die Vergangenheit zu erforschen und zu deuten. Die Familie ist die Matrix (wörtlich: Gebärmutter) der Identität. Diese bezieht sich auf die individuellen Mitglieder und das gesamte Familiensystem. Aufgabe der Familie ist es, Identität über das Gleichgewicht (Homöostase) der Empfindung von Zugehörigkeit und Getrenntsein zu vermitteln. Sie hat weiter die Aufgabe, die Familienmitglieder bei gesellschaftlichen (An-)Forderungen zu schützen und zu unterstützen. Minuchin und seine Mitarbeiter glauben an die Selbstheilungskräfte der Familien und nutzen diese als Potenzial für Veränderung (Ressourcenorientierung).

Typisch für die Anlehnung an den Strukturalismus ist die Betrachtung, dass sich die Beschreibungen der Therapeuten über Familiensysteme polar zwischen rigiden oder diffusen Grenzen einerseits und „verstrickten“ und „losgelösten“ Beziehungen andererseits bewegen. Weiter achten Minuchin und Mitarbeiter auf Formen der Konfliktvermeidung, die sich als Triangulation oder Koalition eines Erwachsenen mit einem Kind zeigen.

Der Therapeut als Steuermann und Regisseur

Das Vorgehen ist direktiv an der Struktur der Familie ausgerichtet, die Therapeuten bringen ihre eigenen Sichtweisen ein, um Dialoge zu initiieren. Sie gehen eine Art Partnerschaft mit der Familie ein und übernehmen gleichzeitig die Führung. Der Therapeut sitzt als Steuermann im gleichen Boot mit der Familie oder – um eine andere Metapher zu gebrauchen – er inszeniert mit der Familie als Regisseur ein neues Theaterstück und probt so lange, bis es sitzt. Die Person des Therapeuten wird als wirksames Mittel zur Veränderung der Familie gesehen. Besonderen Wert legt man auf die Zugangswege zur Familie. Die Haltung der Therapeuten ist vergleichbar mit einem Schirm, unter dessen Schutz der therapeutische Prozess verläuft. Der Therapeut vermittelt der Familie, dass er mit ihr und für sie arbeiten will.

Drei Grundannahmen des strukturellen Modells

1. Das geistig-seelische Leben ist kein ausschließlich interner Vorgang. Jeder Mensch steht zu seiner Umwelt in einer Wechselwirkungsbeziehung.
2. Veränderungen in der Familienstruktur tragen zu Veränderungen im Verhalten und den innerpsychischen Prozessen der Mitglieder bei.
3. Das Verhalten des Therapeuten, der mit einer Familie arbeitet, wird Teil des Kontextes. Therapeut und Familie bilden ein neues System“ (Schlippe, A. v., 1984, S. 50).

Die Therapeuten haben als Ziel, die Form der Konfliktlösung zu verändern und in der Familie eindeutige Grenzen und eine klare Hierarchie zu etablieren, um Autonomie für jeden einzeln in der Familie zu fördern.

Die Bedeutung Minuchins für größere Helfersysteme

Mit einer systemisch-konstruktivistischen Brille kann man die strukturelle „family map“ oder „Beziehungsskizze“ als eine Landkarte betrachten, die Orientierung ermöglicht. Man sollte sie nicht als ein Abbild der Realität (miss-)verstehen. Sie kann als eine mögliche Beobachtungskategorie verstanden werden. Von ihr ausgehende Interventionen können mit einer konstruktivistischen Haltung als mögliche Einladungen zu alternativen Handlungen angesehen werden. Mit dieser Einstellung entgeht man dem normativen Charakter einer strukturell funktionierenden „Idealfamilie“, die Beziehungsskizze wird dann zum möglichen Modell eines Beobachters 2. Ordnung, z.B. eines Familientherapeuten.

Diese Landkarten kann man auch als Beobachtungskategorien für größere Helfersysteme anwenden. Nach dem strukturellen Ansatz bilden Familien und Helfersysteme als Übergang jeweils Handlungssysteme. Beim Zusammenfinden von Familien und Helfersystemen (joining: Anschluss finden, um ein Arbeitsbündnis mit der Familie zu schließen) kommt es entscheidend darauf

Das Ziel der strukturellen Familientherapie ist es, die Gegenwart zu modifizieren anstatt die Vergangenheit zu erforschen und zu deuten.

Der Therapeut sitzt als Steuermann im gleichen Boot mit der Familie oder – um eine andere Metapher zu gebrauchen – er inszeniert mit der Familie als Regisseur ein neues Theaterstück und probt so lange, bis es sitzt.

an, dass sich in den Helfersystemen nicht ähnliche Strukturen abbilden (Isomorphie) wie in den zu behandelnden Familien. Klare Führung ohne Allmachtsanspruch, möglichst klare Grenzen ohne Koalitionen oder Triangulationen bilden die Voraussetzungen, um sich nicht in konflikthaften Beziehungen mit den Familien zu verstricken.

In bleibender Erinnerung bleibt dem Autor der leidenschaftliche Einsatz, den Minuchin in seiner therapeutischen Arbeit mit kreativem und kämpferischem Einsatz für Familien zeigte.

Literatur

Schlippe, A. v. (1984). Familientherapie im Überblick. Basiskonzepte, Formen, Anwendungsmöglichkeiten. Paderborn

Literatur zur Arbeit Salvador Minuchins

Minuchin, S. (1977). Familie und Familientherapie. Freiburg

Minuchin, S., Rosman, B., Baker, L. (1981). Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Stuttgart

Minuchin, S., Fishman, C. (1987) Praxis der strukturellen Familientherapie. Freiburg

Minuchin, S. (1988). Familienkaleidoskop. Bilder von Gewalt und Heilung. Reinbek bei Hamburg.

Minuchin, S. (1994). „Familienszenen". Problemmuster und Therapien. Reinbek bei Hamburg

Minuchin, S., Nichols, M. (1995). Familie – Die Kraft der positiven Bindung. Hilfe und Heilung durch Familientherapie. München

Psychoedukative Familienintervention

Die etwas andere Hilfe für Menschen mit schizophrenen Störungen und ihre Angehörigen

Von Hartmut Berger

Abstract

Psychoedukative Verfahren haben sich in der wissenschaftlichen Debatte der letzten Jahre durchgesetzt. Man wird kein Lehrbuch und keine Leitlinien mehr finden, die Psychoedukation nicht empfehlen würden. Inzwischen liegen auch zahlreiche Studien über die Wirksamkeit von Psychoedukation namentlich bei schizophrenen Störungen vor, die allesamt in die gleiche Richtung weisen: Psychoedukation ist ein effektives Instrument zur Verhütung von Rückfällen und zur Verbesserung der Lebensqualität.

Hartmut Berger
Dr., Arzt für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie, Forensische Psychiatrie, Ärztlicher Direktor des Vitos Philippshospitals, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Riedstadt, Honorarprofessor an der TU Darmstadt, Email: hartmut.berger@vitos-riedstadt.de

Was ist Psychoedukation?

Gemäß einer Definition von Bäuml und Pitschel-Walz werden unter dem Begriff Psychoedukation „systematische, didaktisch-psychotherapeutische Maßnahmen zusammengefasst, die dazu geeignet sind, Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen". Menschen mit schizophrenen Störungen und deren Angehörigen wird Psychoedukation in aller Regel in Form von so genannten unifokalen oder bifokalen Gruppensitzungen angeboten, da sich die Vermittlung von Wissen in einer Gruppensitzung als deutlich effektiver und nachhaltiger erwiesen hat, als Wissensvermittlung in Einzelgesprächen mit den Patienten oder mit ihren Angehörigen. Die so genannten unifokalen Gruppen sprechen entweder nur Patienten oder nur Angehörige an, in den bifokalen Gruppen wird die Psychoedukation parallel in Gruppen für Patienten einerseits und Gruppen für Angehörige andererseits angeboten. Die Vermittlung von Wissen und Strategien zur Krisenprävention fördert Zuversicht, Hoffnung, Vertrauen in die eigene Fähigkeit und damit eine Verbesserung der Selbstwirksamkeit und der Widerstandsfähigkeit, mithin der Strategien, die unter den Begriffen Empowerment und Recovery jüngst in die Fachdebatte Einzug gefunden haben. Empowerment meint hierbei die Summe aller Strategien, die einer Erstarkung der Selbsthilfekräfte dienlich sind. Recovery bezeichnet den Prozess einer aktiven Auseinandersetzung mit der Erkrankung mit dem Ziel, trotz der Erkrankung einen befriedigenden Sinn im Leben zu finden. Wir wissen nun sowohl aus der Erfahrung des Klinikalltages wie auch aus entsprechenden wissenschaftlichen Untersuchungen, dass mit dem relativ einfachen Instrument von 8 - 10 Gruppensitzungen all die genannten Effekte sehr wohl erreichbar sind, der Ertrag der Psychoedukation also weit über die primären Ziele der Senkung der Rückfallquote und der Erhöhung der Behandlungstreue, die neudeutsch üblicherweise Compliance genannt wird, hinauszugehen vermag.

Mehrfamilienintervention

Es stellt sich nun die Frage, ob diese Effekte noch zu steigern sind und wenn ja in welcher Richtung. Hierzu ermöglichen die Erkenntnisse, die aus Untersuchungen einer amerikanischen Arbeitsgruppe und aus zwei eigenen Studien gewonnen wurden, eine eindeutige Antwort. Die Arbeitsgruppe um McFarlane konnte nämlich zeigen, dass die genannten Effekte weiter verbessert werden können, wenn man die Familien an einen Tisch zusammenbringt, Psychoedukation also für Patienten und ihre Angehörigen gemeinsam anbietet. Wenn nämlich mehrere Familien einschließlich der Betroffenen an einem Tisch sitzen, entsteht eine völlig neue Dynamik, die anders als bei den uni- bzw. bifokalen Gruppen die Chance zu mehr Erkenntnis eröffnet und dazu,

erweiterte Strategien der Aufarbeitung der Erkrankung zu vermitteln, beispielsweise ein in der Familie abgestimmtes Vorgehen bei der Krisenintervention. Die von der genannten Arbeitsgruppe entwickelte Mehrfamilienintervention beleuchtet nicht nur die Entstehung, den Verlauf und die Folgen der Erkrankung sowie deren Behandlungsmöglichkeiten, sondern auch die dadurch ausgelösten oder die Erkrankung begünstigenden familiären Interaktionen.

Begründet wurde dieser Ansatz in der Erfahrung, dass einerseits Betroffene üblicherweise auf die Unterstützung der Familie angewiesen sind oder darauf hoffen und andererseits Familien in der Regel willens sind, Fertigkeiten zu entwickeln, die geeignet sind, den Patienten zu helfen. Hieraus leitet sich dann über die reine Wissensvermittlung ein erweitertes Spektrum von möglichen Interventionsstrategien ab, welche in den Gruppensitzungen zu vermitteln sind, so unter anderem Strategien zur Verbesserung der familiären Interaktion, des familiären Problemlöseverhaltens und der Schaffung familiärer Netzwerke von Familien, die im Umgang mit einer schizophrenen Störung erfahren sind.

Die Arbeitsgruppe von McFarlane konnte nun anhand großer Multicenterstudien nachweisen, dass solche Effekte auch in der Tat nachweisbar sind. Neben der Reduktion der Rückfall- und Hospitalisierungsraten wurde es möglich, die psychosozialen und kommunikativen Fertigkeiten der Familie zu verbessern, ebenso deren Selbsthilfepotential, was unter anderem auch zu einer Reduktion der Stigmatisierung, einer verbesserten sozialen Integration und beruflichen Rehabilitation sowie auch zu einer allgemeinen Verbesserung der Befindlichkeit sowohl der Patienten als auch deren Familien geführt hat. Auf dem Boden dieser Erkenntnisse und geschult durch jahrzehntelange Erfahrungen mit Angehörigengruppen hat sich dann am Philippshospital eine Arbeitsgruppe auf den Weg gemacht, ein Verfahren zur Mehrfamilienintervention zu erarbeiten, welches den Bedürfnissen einer im Fegefeuer der Pflichtversorgung stehenden Klinik und vor allem deren Nutzern gerecht wird. Als Ergebnis ist das Konzept der Psychoedukativen Familienintervention entstanden.

Psychoedukative Familienintervention

Ziele dieses Verfahrens sind im Einzelnen die Rückfallprävention, die Förderung der seelischen Gesundheit, die Stärkung des Kohärenzsinnes, der Selbstwirksamkeit und der Selbstbefähigung, die Verbesserung der Realitätskontrolle sowie der Lebensqualität und als wesentliche Grundlage hierfür die Verbesserung der familiären Kommunikation sowie die Stärkung der familiären Selbsthilfekräfte. Um diese Ziele zu erreichen, bedurfte es einer Erweiterung der üblichen psychoedukativen Techniken. Der Vermittlung von Wissen über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten wurden hinzugefügt die Vermittlung von Kenntnissen über Selbsthilfestrategien und die Vermittlung von Techniken zur Verbesserung der familiären Kommunikation. Bei der Letzteren handelt es sich also über die reine Wissensvermittlung hinaus um die Vermittlung psychotherapeutischer Techniken, die die Familien in die Lage versetzen sollen, aus eigener Kraft die Folgen der Erkrankung zu bearbeiten und drohende Konflikte sowie damit verbundene Rückfallrisiken rechtzeitig zu erkennen und gegenzusteuern.

Das Programm umfasst insgesamt 11 Sitzungen zu je eineinhalb Stunden, welche einmal in der Woche durchgeführt werden. Das Angebot wird Patienten und ihren Angehörigen durch das persönliche Gespräch und Flyer bekannt gemacht. Gespräche zur Vorauswahl finden nicht statt. Die Patienten und ihre Angehörigen (Partner, Eltern, Geschwister) entscheiden selbst, ob sie teilnehmen wollen und melden sich zu dem jeweils nächstmöglichen Beginn der Sitzungen an. Die Gruppen umfassen in der Regel 3 - 5 Patienten sowie deren Angehörige. Hieraus resultiert eine übliche Gruppengröße von 10 - 14 Personen. Angeleitet werden die Gruppen von zwei Moderatoren, üblicherweise einem Arzt sowie einem Psychologen oder Gesundheitspfleger.

Die erste Sitzung dient dem gegenseitigen Kennenlernen, der Vorstellung des Konzeptes und der Formulierung von Wünschen und Bedürfnissen der Gruppenteilnehmer. In der zweiten Sitzung werden Informationen über die Ursache und Symptomatik von schizophrenen Psychosen vermittelt. Hierbei wird das Vulnerabilitätsstressmodell als ätiologisches Konzept zugrunde gelegt. Ferner wird über Verlauf und Prognose informiert und anhand des Expressed-Emotion-Konzeptes über Interventionsmöglichkeiten der Familie. In der dritten Sitzung werden Informationen über die medikamentöse Behandlung von Psychosen, biochemische Grundlagen der Medikamente, deren Wirkungen und Nebenwirkungen vermittelt. In der vierten Sitzung werden nicht-medikamentöse Behandlungsformen, Stressbewältigung und die Perspektiven nach der Entlassung vermittelt. In der fünften Sitzung geht es um die Erkennung von Frühwarnzeichen.

In den folgenden drei Sitzungen werden in Form von Rollenspielen Kommunikationsstrategien eingeübt, um einerseits belastende und spannungsinduzierende Interaktionen in der Familie durch einen konstruktiven Umgangsstil zu ersetzen und andererseits die Voraussetzungen für das spätere Problemlösetraining zu schaffen. Die Kommunikationsübungen beziehen sich auf die Fertigkeiten des aktiven Zuhörens, der Vermittlung von Ich-Botschaften und der Fertigkeit, berechtigte Forderungen zu stellen. Diese Kommunikationsstrategien werden von den Moderatoren modellhaft vorgeführt und durch die Gruppenteilnehmer anhand von Rollenspielen in Kleingruppen aktiv geübt. Hierzu werden die Gruppenteilnehmer gemischt, weil die Akzeptanz für die vermittelten Kommunikationsstrategien deutlich höher ist, wenn diese nicht innerhalb der eigenen Familie eingeübt werden. So ist es zum Beispiel viel leichter, eigene Probleme zu erkennen, wenn sie von Vertretern anderer Familien

gespielt werden. In der neunten Sitzung wird das Problemlösekonzept vorgestellt und anhand eines Beispiels durchgesprochen. Es beinhaltet die Schritte genaue Problemdefinition, Zieldefinition, Sammlung von Lösungsmöglichkeiten, Bewertung der Möglichkeiten, Auswahl der besten Lösungsmöglichkeiten, Festlegung einzelner Handlungsschritte zur Problemlösung und rückblickende Analyse nach durchgeführtem Lösungsversuch. In der letzten Sitzung werden von den Teilnehmern eigene Beispiele eingebracht und das Problemlösekonzept somit auf dem Hintergrund realer Konflikte eingeübt. In der Wiederauffrischungssitzung, die nach einem halben Jahr angeboten wird, wird ein Erfahrungsaustausch angeregt. Hierbei soll erörtert werden, welche Strategien erfolgreich angewendet wurden. Bei Bedarf werden einzelne Inhalte und Kommunikationsstrategien wiederholt. Aus den Diskussionen in der Gruppe ergibt sich zuweilen der Bedarf nach Erörterung weiterer Themen. Am häufigsten werden hierbei Fragen nach Abhängigkeit und Missbrauch im Zusammenhang mit Psychosen, nach dem Umgang mit Schuld und Scham sowie zum Umgang mit Stress genannt, weshalb wir bei entsprechendem Bedarf 3 - 4 zusätzliche Sitzungen zu den genannten Themen anbieten.

Die Wiederauffrischungssitzung, die ein halbes Jahr nach der letzten Sitzung stattfindet, bietet die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch über erfolgreiche Strategien.

Erfahrungen

Wir blicken inzwischen auf 12 Jahre Erfahrung mit der Psychoedukativen Familienintervention zurück. Diese Erfahrungen sind in einigen Publikationen nachzulesen unter anderem in dem Konsensusbuch zur Psychoedukation bei schizophrenen Störungen und in dem gerade in der 2. Auflage erschienenen Arbeitsbuch Psychoedukation bei Schizophrenie. In einer ersten Zusammenfassung lehren die hierbei gesammelten Erfahrungen folgendes: In der Regel entscheiden sich Familien zu der Psychoedukativen Familienintervention, die schon einige Erfahrungen mit der Erkrankung gesammelt haben. Deren Motivation zu lernen und zum Kurswechsel ist hoch, entsprechend niedrig sind die Ausfallraten. Über 95 % aller Teilnehmer absolvieren alle Sitzungen. Insgesamt konnte die Rückfallrate eindeutig gesenkt werden und zwar von 60 % Rückfällen in einem Jahr vor der Intervention auf 19 % Rückfälle nach der Intervention. Dies ist ein Ergebnis, was sich in einer zweiten derzeit durchgeführten Studie replizieren lässt. Hier erlebten 47 % der Patienten, die an einer Psychoedukativen Familienintervention teilgenommen hatten, innerhalb eines Jahres einen Rückfall im Vergleich zu 78 % einer Kontrollgruppe, die nicht an dem Programm teilgenommen hatte, weil diese Patienten glaubten, sie schaffen es auch ohne dieses Angebot. Es zeigte sich zudem, dass sich durchgängig das Gefühl der Geborgenheit innerhalb der Familie verbesserte, ebenso der Kohärenzsinn, die Lebensqualität und die Behandlungstreue. Insgesamt kann also gesagt werden, dass mit der Psychoedukativen Familienintervention ein wirkungsvolles Instrument zur Verbesserung wesentlicher für die Betroffenen bedeutsamer Kriterien der Lebensqualität zur Verfügung steht, welches sich zudem gut und ohne großen Aufwand in den Alltag sowohl der Betroffenen als auch ihrer Angehörigen und der Klinikmitarbeiter integrieren lässt. ●

Literatur
Bäuml, Josef/Pitschel-Walz, Gabi /Berger, Hartmut /Gunia, Hans /Heinz, Andreas (2. Aufl. 2010), Arbeitsbuch PsychoEdukation bei Schizophrenie

Wenn Angehörige in therapeutische Prozesse einbezogen werden

Perspektiven, Ängste, Widerstände

Von Gudrun Schliebener

Auslöser für neue Behandlungsinitiativen der ersten Familientherapeutinnen und Familientherapeuten war ein Erleben der Ohnmacht in der Behandlung psychotischer Patienten im Zusammenhang mit hohen Rückfallzahlen nach anfänglichen Therapieerfolgen. Immer häufiger fiel auf, wie sehr Familienmitglieder in die Problematik des erkrankten Familienmitgliedes eingebunden waren. So wurde die Aufmerksamkeit zunehmend den Familien der Patientinnen und Patienten zugewandt. Teilweise wurde in Anwendung eines gradlinigen Ursache-Wirkungs-Denkens die Ursache und damit die Schuld für das kranke Verhalten ihrer Patientinnen und Patienten dem gestörten Verhalten der Familienmitglieder zugesprochen. Dies führte direkt zu einer Verschiebung der Ursache und damit der Schuld vom "kranken" Individuum auf die "krankmachende" Familie.

Und hier sind wir direkt und unmittelbar bei der „schizophrenogenen Mutter", die wir Frieda Fromm-Reichmann verdanken. Und wenn Sie eventuell der Meinung sind, diese sei längst überholt und nicht mehr aktuell, dann irren Sie aber sehr. Die schizophrenogene Mutter lebt, und sie erscheint uns an allen Ecken und Kanten, insbesondere dann, wenn man gar nicht damit rechnet. Beispielsweise die erste Frage der Ärztin des SpDi in der Hilfeplankonferenz, in der es um die künftige Wohnsituation einer 30jährigen Frau ging, die endlich eigenständig, wenn auch betreut, wohnen wollte und sollte, bezüglich der derzeitigen Wohnsituation: Was ist das denn für eine Mutter? Als ein weite-

Gudrun Schliebener seit 2008 Vorsitzende des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker, Mitglied in vielen Kommissionen und Beiräten, ausgezeichnet mit dem Verdienstorden am Bande der Bundesrepublik Deutschland.
32051 Herford, Otternbuschweg 21
Email: info@ig-angehoerige-herford.de

res Beispiel diene ich, denn ich mische mich ein, kümmere mich, bin nicht per se einverstanden mit Überlegungen der professionell Tätigen, habe mir dafür bereits die Aussage eingefangen: "Das ist das Problem mit den Müttern, die meinen, alles besser zu wissen, und nicht loslassen können!". Auch bin ich bereits mit der Aussage eines Profis konfrontiert worden, dass doch völlig klar sei, warum ich mich in der Selbsthilfe in dem bekannten Umfang engagiere: ich wisse schließlich, was ich im Laufe der Jahre bei meiner Tochter alles falsch gemacht habe und ich versuche deshalb, mein Gewissen über mein Engagement zu entlasten.

Anstöße zu einer erweiterten Sichtweise und Weiterentwicklung gingen später aus von z.B. Bateson, Stierlin, Simon etc. Sie beobachteten Rückkopplungsprozesse innerhalb von Familien bzw. anderen Systemen. Es setzte sich die Überzeugung durch, dass es einfacher und erfolgreicher ist, ein Interaktionssystem zu therapieren statt eines Individuums. Im Verlauf der Therapie geht es also nicht darum, der Familie rational ihre Situation (mit ihren Problemen) verstehen zu helfen, zu erklären oder zu interpretieren. Zitat: „Vielmehr geht es hier darum, so schnell wie möglich das Spiel der Familie zu erfassen, das zur Aufrechterhaltung der Symptome beiträgt"[1].

Wie sieht das in der Praxis aus? Beispielsweise findet sich in der Kerbe Ausgabe 3/2009 ein Beitrag eines systemischen Therapeuten: „Ich äußerte meine Anerkennung für sein (des Patienten) enormes Opfer, als Sorgenlieferant die Familie zusammenzuhalten mit dem Preis der Psychose."[2] Als ich das las, war ich erst einmal sprachlos. Also geht es nicht nur darum, so schnell wie möglich das „Spiel der Familie" zu erfassen, sondern auch zu bewerten, dass es offenbar zur Aufrechterhaltung der Symptome beiträgt. Welchen Eindruck haben professionell Tätige von Angehörigen?

1. Ein Beispiel aus Herford

Eine Mutter berichtete in der Angehörigengruppe über die Probleme mit ihrer Tochter, die sich zu dem Zeitpunkt mit einer akuten Psychose in stationärer Behandlung befand. Eine Mitarbeiterin unseres Krisendienstes, hauptberuflich Mitarbeiterin unserer Klinik, verfolgte die Unterhaltung. Später im Gespräch mit mir sagte diese Mitarbeiterin: "Ach, das war die Mutter von Frau XYZ? Die habe ich mir nach den Berichten der Tochter völlig anders vorgestellt!"

Das hat mich sehr nachdenklich gemacht, und ich habe etwas verstanden, das mir viele Jahre nicht klar war. Ich habe jedes Mal, wenn meine Tochter in stationärer Behandlung war, im Gespräch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Station ein ungutes Gefühl gehabt, und ich wusste nicht, weshalb. Wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Station sich also ein Bild von mir gemacht haben nach den Aussagen meiner Tochter in hochpsychotischem Zustand, ist für mich heute nachvollziehbar, warum ich das so empfunden habe. Sie haben nicht mich gesehen, sondern sie haben das Bild gesehen, das meine Tochter in der akuten Krankheitsphase von mir beschrieben hat.

2. Aus einer Landeshauptstadt

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde hat eine Besuchskommission gebildet, die in Abständen jeweils einen Mitgliedsverbund besucht, um anzusehen, wie dort Zusammenarbeit und Vernetzung funktioniert.

Im Rahmen eines solchen Besuchs hatten wir als Besuchskommission die Möglichkeit, an einer Hilfeplankonferenz teilzunehmen, in der (selbstverständlich anonymisiert) von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unterschiedlicher Einrichtungen Klientinnen und Klienten vorgestellt wurden, die Leistungen für „Betreutes Wohnen" erhalten sollten. Ca. 65 % der Klienten und Klientinnen kamen nach den Ausführungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus „desolaten Familienverhältnissen", von diesen hatten 80 % eine „fürchterliche Mutter". In einigen Fällen sollten sogar Plätze außerhalb der Kommune gesucht werden oder waren bereits gefunden, ungeachtet irgendwelcher bestehenden sozialen Beziehungen oder Bindungen, Hauptsache, weit weg von der Ursprungsfamilie. Wir hatten den Eindruck, dass diese Art der Vorstellung für alle Einrichtungsleiterinnen und Einrichtungsleiter, die um den Tisch saßen, völlig normal war.

„Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik haben nicht mich gesehen, sondern sie haben das Bild gesehen, das meine Tochter in der akuten Krankheitsphase von mir beschrieben hat."

Mir stellten sich die Fragen:
- waren desolate Familienverhältnisse und fürchterliche Mütter Voraussetzung, um bedarfsgerechte und angemessene Unterstützung des Hilfesystems zu erhalten?
- gibt es bei professionell Tätigen nur diese eine Blickrichtung auf das System Familie?
- wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewusst hätten, dass dort auch eine Vertretung der organisierten Angehörigen saß (wir waren nur als „Besuchskommission" vorgestellt worden), hätten sie genauso über die betroffenen Familien gesprochen?

3. Zwei sehr unterschiedliche persönliche Erfahrungen

Als meine Tochter erstmals erkrankte, war das auch für mich der größte Schock meines Lebens. Ich wusste überhaupt nichts über psychische Krankheiten, psychiatrische Behandlung, psychiatrische Klinik usw. In der Klinik, in der sie aufgenommen wurde, war bereits damals ein Bezugspersonensystem üblich. Der Bezugsmitarbeiter des Pflegeteams hat in der Anfangszeit viel Zeit für mich gehabt, er hat mir sehr viele Informationen gegeben, er hat mir viel erklärt, er hat mir zugehört, er hat mich getröstet, er hat mich aufgefangen. Auch der Sozialpädagoge der Station war immer ansprechbar. Ich weiß nicht, ob ich ohne diese Hilfe und Unterstützung diese Zeit überhaupt gesund überstanden hätte.

Das Spiel der Familie trägt zur Aufrechterhaltung der Symptome bei. Deshalb muss eine Therapie das gesamte Interaktionssystem einbeziehen und dieses Spiel verstehen.

In einer anderen Krankheitsphase hatte sich meine Tochter nach tagelangen Diskussionen endlich bereit erklärt, sich in stationäre Behandlung zu begeben und ich fuhr mit ihr in die damals für uns zuständige pflichtversorgende Klinik (40 km entfernt). Ich hatte eine Woche erlebt, in der mir nicht mehr als 1 bis 2 Stunden

Die Familien bieten psychisch Kranken Unterstützung in vielfältiger Hinsicht. Und sie sind Ausfallbürgen für alles, was im psychiatrischen Hilfesystem schief geht oder gar nicht funktioniert.

Schlaf pro Nacht zur Verfügung standen. Ich war berufstätig, konnte mich also tagsüber nicht ausruhen, sah mich aber auch nicht in der Lage, den akuten Krankheitszustand noch länger zu Hause zu begleiten. Ich saß in der Klinik während des Aufnahmegesprächs, das die Ärztin mit meiner Tochter führte, an der Seite und war total übermüdet, erschöpft und verzweifelt. Es kreiste nur ein Gedanke durch meinen Kopf, nämlich: Hoffentlich wird sie aufgenommen! Was machst Du, wenn sie nicht aufgenommen werden soll? Ich spürte während dieses Aufnahmegesprächs eine sehr kalte, nahezu abweisende Atmosphäre. Meine Tochter wurde aufgenommen. Der Eindruck aus dem Aufnahmegespräch ließ mich aber nicht los. So bin ich beim nächsten Besuch in der Klinik zu der Ärztin gegangen und habe sie gefragt, was denn da los war. Sie erklärte mir, dass sie selten bei einer Mutter so viel Teilnahmslosigkeit und Gleichgültigkeit erlebt hätte. Was hat diese Ärztin gesehen? Kommen Erschöpfung und Verzweiflung der Angehörigen in der Vorstellungskraft professionell Tätiger nicht mehr vor?

Als professionell Tätige damit begannen, auch mit Angehörigen zu sprechen, waren wir zuerst einmal froh, überhaupt ins Blickfeld geraten zu sein. Schnell stellte sich heraus, dass wir zwei Funktionen zugesprochen bekamen, nämlich die des Informationslieferanten und des Dienstleisters.

Was tun wir tatsächlich? Welche Rolle spielen wir?

Für psychisch kranke Menschen sind ihre Familien
- der größte Hilfeverbund
- der größte Anbieter von Wohnraum
- der größte Anbieter von häuslicher psychiatrischer Krankenpflege
- der größte Sozial- und Pflegedienst
- die mit Abstand größte Agentur für Freizeitgestaltung
- Garant für verlässliche dauerhafte soziale Kontakte
- und nicht zuletzt verlässlicher finanzieller Rückhalt.

Die Familien sind aber auch Ausfallbürgen für alles, was im psychiatrischen Hilfesystem schief geht oder gar nicht funktioniert. Ein anschauliches Bild aus einem Workshop, an dem ich teilnahm, machte die Situation der Angehörigen sehr plastisch und eindrucksvoll deutlich: Das erkrankte Familienmitglied auf dem Hochseil, und 4 Angehörige mit einem handtuch-großen Sprungtuch laufen wie verrückt hin und her, um sicherzustellen, dass er/sie nicht abstürzt. Und so möchten wir auch wahrgenommen werden! Wie sieht das aber im Alltag aus, den wir so erleben und von dem die Familien in den Angehörigengruppen berichten?

Pat Deegan, Psychologin und Psychiatrieerfahrene, hat in ihrer Eigenschaft als Psychiatrieerfahrene folgendes geschrieben, das ebenso für Angehörige gilt:
- Wir werden beobachtet, aber wir werden nicht gesehen.
- Wir werden ausgefragt, aber wir werden nicht gehört.

Und ich setze immer als dritten Punkt hinzu:
- Wir werden als Bestandteil des Hilfesystems ganz selbstverständlich in Anspruch genommen, aber wir werden mit der Last und der Verantwortung weitgehend allein gelassen.

Warum werden die Familien nicht auch als Mitbetroffene wahrgenommen? Wer sieht ihre Not und ihre Angst? Wer hört ihre Sorgen und Probleme? Wer informiert sie über Krankheitsbilder und Therapiemöglichkeiten? Wer unterstützt sie? Wo gibt es Hilfeangebote für die betroffenen Familien? Bei dem Blick auf das „System Familie“ darf dieser Aspekt nicht übergangen werden! Deshalb sollten die Familien nach Möglichkeit in den therapeutischen Prozess mit einbezogen werden.

Familienleben mit psychisch erkrankten Menschen funktioniert nicht immer gut. Aber dort, wo es gut geht, sollten systemische Familientherapeuten das anerkennen und alles dafür tun, damit es erhalten bleibt. Systemische Familientherapie kann die vorhandenen Stärken in der Familie fördern und die Selbsthilfeenergien unterstützen, die in dem System Familie stecken.

Was erwarten wir von einer Einrichtung, die für sich den Anspruch formuliert, systemisch zu arbeiten?

Wir erwarten vertrauensvolle Zusammenarbeit, und Zusammenarbeit ist nie eine Einbahnstraße. Das heißt, wir erwarten:
- zeitnah Gesprächsangebote seitens der Einrichtung,
- Informationen über die Erkrankung und die Therapiemöglichkeiten,
- Einbeziehung in die Therapieplanung,
- Einbeziehung in Entlassplanung
- Umfassende Informationen über Pharmakotherapie, erhoffte Wirkung, mögliche Nebenwirkungen, Wechselwirkungen und Spätfolgen,
- Respektierung des Rechtes der Angehörigen auf „Auszeit“ während einer stationären Behandlung der erkrankten Familienmitglieder, wenn diese benötigt wird. (Hier fällt mir direkt der Ausdruck „Belastungserprobung [Beurlaubung Samstag-Sonntag in die Familie]“ ein. Der Erfinder dieses Begriffs weiß gar nicht, wie recht er damit hat!).
- Wir erwarten respektvollen Umgang und – last but not least – wir erwarten, dass man uns zuhört! ●

Familien werden als Bestandteil des Hilfesystems ganz selbstverständlich in Anspruch genommen, aber mit der Last und der Verantwortung weitgehend allein gelassen. Aber sie sollten auch als Mitbetroffene mit dem Wunsch nach Unterstützung und Information wahrgenommen werden.

Anmerkungen

1 **Universität Münster, Fachrichtung Psychologie,** http://wwwpsy.uni-muenster.de/inst3/AEbromme/web/Projekte/Therapie/SYSTEM/SYFAM.html

2 **Gerhard Dieter Ruf**, Der systemische Umgang mit Psychopharmaka, Kerbe 3 2009, S. 20–22.

Familienbezug in der Akutpsychiatrie und die Interessen der Psychiatrie-Erfahrenen[1]

Von Sybille Prins

Abstract

Meine Antwort auf die Frage: „Trifft oder verfehlt der Familienbezug in der Akutpsychiatrie die Interessen der Psychiatrie-Erfahrenen?" lautet: sowohl als auch. Das kommt auf die beteiligten Personen, die einzelnen Familien, die Situation an sowie auch darauf, wie dieser Familienbezug eingeleitet oder begründet wird. Oder, wie es eine andere Psychiatrie-Erfahrene kurz und knapp formulierte: Mal so, mal so.

Nun will ich diesen Beitrag mit dem wahrscheinlich schwierigsten Thema beginnen: die Frage, ob Angehörige, insbesondere Herkunftsfamilien, an der Entstehung von psychischen Problemen beteiligt sind, eventuell sogar Mitverantwortung tragen, ist für viele Psychiatrie-Erfahrene noch längst nicht vom Tisch. Einem Buchtitel wie etwa „Freispruch der Familie" würden etliche Psychiatrie-Erfahrene nicht so ohne Weiteres zustimmen. Warum diese Haltung bei Betroffenen noch weit verbreitet ist, dem will ich ein wenig nachgehen.

Wenn ich mit organisierten Angehörigen zu tun habe – mit einigen verstehe ich mich sehr gut – bleiben immer verschiedene Themen ausgeklammert. Ein Thema, das mir fehlt, ist das der Herkunft vieler Psychiatrie-Erfahrenen aus echten Problemfamilien. Damit meine ich Familien, in denen Verhältnisse herrschten, die niemandem zuträglich sind, die vielleicht sogar ein Fall für die Justiz sind. Wenn also Elternteile da waren, die an einer Suchterkrankung litten, oder Eltern, die selbst schwer psychisch erkrankt waren oder sich das Leben nahmen. Auch Familien, in denen es zu massiver Gewalt, zu Inzest oder zu schwerer Vernachlässigung kam. Nicht wenige Betroffene stammen aus solchen Verhältnissen. Das muss übrigens nicht nur die Herkunftsfamilie sein, sondern kann sich auch in der eigenen Partnerschaft so zutragen. Zum einen gibt es da Beispiele, bei denen nach meiner Meinung der Schutz des primär Betroffenen im Vordergrund stehen sollte. Zum anderen kann ich gut nachvollziehen, dass Psychiatrie-Erfahrene mit einem solchen Hintergrund der Einbeziehung ihrer Angehörigen skeptisch gegenüberstehen.

Hinzu kommt noch etwas anderes, zumindest, wenn ich meine eigene Generation betrachte. Nicht nur, dass es in unserer Generation ein Paradigma ist, Lebensprobleme im Erwachsenenalter als verursacht durch Kindheitserlebnisse anzusehen. Wer in den 50er, 60er und auch noch 70er Jahren Kind war, hat oft genug erleben müssen, dass damals Erziehungsmethoden als „normal" galten und toleriert wurden, die heutzutage das Jugendamt auf den Plan rufen oder sogar strafrechtlich verfolgt würden. Ich erinnere nur daran, dass es bis in die 60er Jahre hinein in Deutschland erlaubt war, Kinder in der Schule zu schlagen. Und erst jetzt, viel zu spät, wird aufgedeckt und bearbeitet, was damals in manchen Kinderheimen geschah. Das sind beides Beispiele für öffentliche Erziehung. Was damals in Privathaushalten geschah, bleibt Privatsache. Eine weitere Begrenzung ist, dass für uns ehemalige Kinder ein offenes und kritisches Gespräch mit der Elterngeneration über die damalige Erziehung so gut wie nicht möglich ist – auch nicht Jahrzehnte nach der Pubertät, wenn man als Sohn oder Tochter in vielem schon abgeklärt ist. Für unsere Elterngeneration scheint das ein Tabu zu sein, an das wir nicht rühren dürfen. Tun wir es doch, begehen wir damit eine existenzielle Kränkung. Das ist nicht nur meine eigene Erfahrung, sondern auch die vieler anderer aus meiner Generation. Ich weiß natürlich, dass unsere Eltern, die jetzt zum Teil schon sehr alt sind oder nach und nach versterben, auch Kriegskinder sind und selbst schwere Beschädigungen erlitten haben, um die sich niemand gekümmert hat. Ich kann mir aber nicht vorstellen, dass diese Beschädigungen nicht weitergegeben wurden.

Sie merken sicherlich, dass ich hier eine bestimmte Konstellation zwischen psychisch erkranktem Menschen und Familie betone: die Konstellation, bei der derjenige, der die psychischen Probleme entwickelt, noch am Anfang seines erwachsenen Lebens steht, und wo unter „Familie" hauptsächlich die Herkunftsfamilie, und dabei besonders die Eltern gemeint sind. Womöglich wohnt der/die Psychiatrie-Erfahrene auch noch bei seinen / ihren Eltern. Es gibt natürlich auch noch ganz andere Kombinationen: solche, bei denen die Geschwister eine besondere Rolle spielen. Solche, bei denen es um die eigene, selbstgegründete Familie geht, die wichtigen Angehörigen vielleicht Partner oder eigene Kinder sind. Solche, wo es die eigenen alten Eltern sind, die eine Altersdepression oder eine Demenzerkrankung entwickeln. Ich bin auch immer dafür, den Begriff „Angehörige" nicht nur auf Partner oder Blutsverwandte zu beschränken. Manchmal sind die wesentlichen Bezugspersonen

Sybille Prins ist seit 1991 in der Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener tätig, ist Mitbegründerin des Bielefelder Psychoseseminars und des 1993 gegründeten Vereines Psychiatrie-Erfahrener Bielefeld e.V., dessen Vorsitzende sie seit 1999 ist.

Wenn die psychische Erkrankung mitten im Ablösungsprozess eines jungen Menschen von seiner Familie auftritt, vermischen sich zwei Lebensfelder, die eigentlich voneinander zu unterscheiden wären, zu einem unentwirrbaren Knäuel.

eines erwachsenen Menschen ganz andere, vielleicht Freunde oder Kollegen.
Aber noch mal zu dieser ersten, und wohl auch klassischen Konstellation: da treten die psychischen Probleme bei einem jungen Menschen auf in einer Phase, in der sich gerade die Ablösung vom Elternhaus vollzieht oder soeben vollzogen hat, also potenziell noch rückgängig zu machen wäre. Nun ist diese Ablösungsphase ja für sich schon schwierig, nicht selten konfliktbeladen für beide Seiten. Dann kommt noch die psychische Erkrankung hinzu, welche diesen Ablöseprozess massiv stören und behindern kann. So vermischen sich zwei Lebensfelder, die eigentlich voneinander zu unterscheiden wären, zu einem unentwirrbaren Knäuel. Bei anderen schweren Erkrankungen oder Behinderungen ist dies oft ebenfalls so. Mein Eindruck ist, dass die jüngeren Psychiatrie-Erfahrenen heftige Befürchtungen haben, die Psychiatrie und die Eltern könnten sich gemeinsam zu einer erzieherischen Koalition gegen ihn oder sie verbünden. Was natürlich zu den Autonomiebestrebungen des jungen Menschen völlig quer steht. Was auch quer dazu steht, dass man sich möglicherweise Hilfe zwar wünscht, aber nicht den Macht- und Kontrollaspekt, den Hilfe oft mit sich bringt. Das ist mir so gegangen, ich beobachte das auch bei anderen Psychiatrie-Erfahrenen.

Ein anderes Thema liegt noch in einem eventuellen Schuldbewusstsein auf Seiten diesmal nicht der Angehörigen, sondern der Psychiatrie-Erfahrenen. Insbesondere bei hochakuten Krisen wird man ja unter Umständen zu einer Last und Belästigung für seine Mitmenschen. Für manche Menschen ist das nahezu unerträglich, im Nachhinein mit ihren Verhaltensweisen in der Krise konfrontiert zu werden. Allein schon die Angst, das könne im Familiengespräch geschehen, lässt sie davon absehen. Manchmal übrigens ohne Grund: ich habe Angehörige gesehen, die wirklich viel aushalten mussten von dem Betroffenen, aber das diskreter- und loyalerweise nie zur Sprache brachten. Ob solche Diskretion dann ausschließlich positive Folgen hat, ist eine andere Frage.

Für manche Menschen ist es nahezu unerträglich, im Nachhinein mit ihren Verhaltensweisen in der Krise konfrontiert zu werden. Deshalb lässt sie schon die Angst, das könne im Familiengespräch geschehen, davon absehen.

Um zu den Bereichen überzugehen, in denen Psychiatrie-Erfahrene eine Einbeziehung der Familie für wünschenswert halten, möchte ich, was ich selten tue, einmal auf sog. „objektive Daten“ Bezug nehmen. Ich hörte einen Vortrag, in dem es um die Wirksamkeit psychosozialer Interventionen bei schizophrenen Erkrankungen ging. Dabei waren vergleichende Studien ausgewertet worden. Ein Ergebnis war, dass sich Psychoedukation für Familien sowie Familientherapie, gleich welcher Schule, als hoch wirksam herausgestellt hatten und den weiteren Verlauf der Gesundung und Rehabilitation nachweislich positiv beeinflussten.

Ich habe öfter mitbekommen, dass Ärzte angesichts der Schuldgefühle von Angehörigen (zu) schnell dazu übergehen, psychische Erkrankungen als rein biologisch und genetisch bedingt zu begründen und psychosoziale Ursachen ganz vom Tisch wischen. Ich bin unsicher, ob das die erhoffte Wirkung hat. Ich habe schon Eltern getroffen, die sich nun deshalb schuldig fühlten, weil sie so schlechte Gene vererbt hätten.

Ein Grund dafür, dass Angehörige eine Familientherapie vielleicht für sich ablehnen, während viele Psychiatrie-Erfahrene sich gerade viel von dieser erhoffen, könnte darin liegen, dass die Psychiatrie-Erfahrenen erwarten, dabei würden lange andauernde oder auch länger zurückliegende Probleme der Familie zur Sprache kommen, unter denen sie leiden. Während die Angehörigen gerade das Gefühl haben, hier würden sie dann von ihrem psychisch erkrankten Familienmitglied für schuldig erklärt und an den Pranger gestellt werden. Diesen Interessenkonflikt kann ich auch nicht auflösen. Gerade neulich noch habe ich einen Artikel über systemische Arbeit im psychiatrischen Bereich gelesen, und darin wurde nochmals betont, dass es ein Merkmal der systemischen Arbeit sei, neutral zu bleiben gegenüber den beteiligten Parteien. Ich weiß nicht, ob diese Befürchtung der Angehörigen wirklich begründet ist oder nicht doch bloß ein Schauermärchen über Familientherapie. Aus der Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen hat diese strikte Neutralität mitunter sogar einen etwas bitteren Beigeschmack, da man sich vielleicht schon lange mal jemanden gewünscht hat, der für einen Partei ergreift und hilft, einem gegen eine mögliche Übermacht der Familie beizustehen. Die dann zudem noch sagen kann: “Wir sind gesund, aber Du bist krank, also hast Du nichts zu sagen“. Mancher Psychiatrie-Erfahrene wünscht sich nichts sehnlicher, als auch mal zu hören: “Ja, das ist damals wirklich passiert, Du bildest Dir das nicht ein“. Oder mal eine ernstgemeinte Entschuldigung zu hören.

Mir scheint auch, dass die Psychiatrie mit dieser Neutralität manchmal ein doppeltes Spiel treibt. Sind Angehörige anwesend oder wird ihre Anwesenheit auch nur vermutet, heißt es mitunter, es gebe überhaupt keine Mitverantwortung der Familie für das Entstehen der psychischen Erkrankung. Weist man dann auf krasse Grenzüberschreitungen wie etwa sexuellem Missbrauch hin, heißt es: ja, solche Dinge passieren, von Verantwortung könne aber trotzdem keine Rede sein, höchstens von einem Mitverstricktsein. So etwas gebe es nun mal im Leben, man könne höchstens den Betroffenen darin unterstützen, mit diesen Ereignissen besser fertig zu werden. Ich weiß aber ganz genau: in Einzeltherapien erleben die Psychiatrie-Erfahrenen sehr wohl, dass ihre Partei ergriffen wird, und etwa gesagt wird: „Ja, das war schlimm, was Ihre Eltern Ihnen da angetan haben“. Das genau fürchten natürlich die Angehörigen. Und genau in der Familientherapie hätten sie Gelegenheit, ihre Sichtweise dagegen zu stellen und auch dafür Akzeptanz zu finden.

Ich habe das Verhältnis zwischen Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen hier natürlich polarisiert dargestellt. Ich kenne viele Psychiatrie-Erfahrene, die inzwischen (wieder) ein sehr gutes Verhältnis zu ihren Familien haben. Kon-

flikte der Vergangenheit, ob sie nun im Zusammenhang stehen mit der psychischen Erkrankung oder nicht, wurden bereinigt oder werden ruhen gelassen. Von beiden Seiten. Familien, sowohl die psychisch erkrankten Mitglieder als auch die Angehörigen, sind ja auch lernfähig. Nur dass diese Entwicklungen oft recht lange dauern – nicht selten Jahre, manchmal Jahrzehnte. Häufig sind auch die Angehörigen die einzigen, die sich wirklich nachhaltig und nachgehend um den/die Psychiatrie-Erfahrenen kümmern. Ich habe schon öfters wahrgenommen, dass Psychiatrie-Erfahrene, deren Befinden oder Situation sich lange nicht bessert, die aber nicht in der Lage sind, selbst Hilfen zu organisieren, von der Psychiatrie – der stationären wie der ambulanten – irgendwann einfach fallengelassen werden. Nur die Angehörigen- wieder der erweiterte Begriff- sind dann noch da, um Unterstützung zu leisten. Emotionale, nervliche, praktische und nicht zuletzt finanzielle Unterstützung. Und Beispiele, in denen man Angehörige als Beistand gegen die Psychiatrie brauchte, habe ich auch schon mehrfach miterlebt. ●

Anmerkung
1 Es handelt sich um die gekürzte Fassung eines Beitrags aus:
Sybille Prins (2010) "Tagtraumzeit-Nachdenkzeit-Lächelzeit", Paranus-Verlag.

Ein Merkmal der systemischen Arbeit ist der Grundsatz der Neutralität. Aus der Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen hat diese strikte Neutralität mitunter einen bitteren Beigeschmack, da man sich vielleicht schon lange mal jemanden gewünscht hat, der für einen Partei ergreift.

Wenn die Familie schadet

Am Beispiel von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

Von Birger Dulz

Zunächst eine Vorbemerkung: Der Referent hat viele Jahre Angehörigengruppen geleitet sowie unzählige Gespräche mit psychiatrischen Patienten und deren Eltern geführt. Dies änderte sich, als er zuständig wurde für eine Borderline-Station und mittlerweile eine 115 Betten und 38 tagesklinische Plätze umfassende psychiatrische Abteilung für Persönlichkeitsstörungen und Traumafolgestörungen. Dieses veränderte Verhalten hatte einen einzigen Grund: die Nöte und Bedürfnisse unserer Patienten. Hierzu ein Fallbeispiel.

Frau A. verlor ihren Vater, als sie noch ganz klein war. Der Nachbar, der schon immer in die Familie integriert war, nahm danach gewissermaßen die „Vaterrolle" ein. Dies beinhaltete – neben Fürsorglichem – allerdings auch, dass er das Kind fast täglich im häuslichen Keller sexuell missbrauchte. In diesem Keller befand sich ein „Bollerofen". Mehrfach ergriff er den Kopf des kleinen Kindes und zwang diesen so nahe an den „Bollerofen", dass die Haare zu knistern begannen: „Wenn du etwas sagst, kommst du dort ganz hinein!" Ferner richtete der deutlich ältere Bruder den Hund des Hauses, einen Rüden, ab, seine Schwester, sprich unsere spätere Patientin zu penetrieren. Die emotional überforderte Mutter hatte gegenüber diesen Vorgängen die Augen verschlossen.

Diese kurze Fallvignette stellt keine exorbitant besondere Situation unserer Patienten dar. Wir haben es regelhaft mit schwersten Traumatisierungen unserer Patienten zu tun, zumeist durch nahe Familienangehörige. Allerdings stellt sich die Frage, ob diese Realtraumatisierungen das Hauptproblem sind, oder ob es nicht vielleicht die Familienatmosphäre insgesamt ist, die geprägt ist von emotionaler Missachtung des Kindes (die Gefühle des Kindes wurden nicht wahrgenommen; Gefühle des Kindes wurden durch Missachtung bestraft; dem Kind wurde nicht geglaubt). Eine eigene Studie (Dulz u. Jensen 2010) belegt, dass wir es fast immer nicht mit *einem* Täter innerhalb der Familie zu tun haben, sondern auch der sogenannte „Nicht-Täter-Elternteil" ist bei rund 80% unserer Patienten ein Mittäter oder eine Mittäterin, der oder die jene (zumeist chronischen) Realtraumatisierungen wie sexuellen Missbrauch und / oder körperliche Misshandlung ignoriert, duldet oder gar fördert: Das belegt eindrucksvoll, wie desaströs sich die Familienatmosphäre in diesen Familien darstellt (s. a. Paris 2010).

Demzufolge fanden wir (Sack et al. 2009) bei Borderline-Patienten in ebenfalls 80% der Fälle gleichzeitig eine komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (Prävalenz).

Wenn ein Therapeut überwiegend oder gar fast ausschließlich mit Familien konfrontiert ist, in denen das Verhalten der Eltern offenkundig durch eine vermutlich ebenfalls nicht unerhebliche psychische Störung – sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlung ist schwerlich vorstellbar in „gesunden" Familien – bestimmt ist, haben der Therapeut und die gesamte Therapiestation als zentralen Auftrag, ihren Patienten zu behandeln und seine Sicherheit und seine psychische Integrität zu gewährleisten. Ziel der Behandlung in unserer Abteilung kann nicht sein, dass eine Aussöhnung innerhalb der Familie stattfindet. Dafür bräuchte die Therapie viel mehr Zeit, als sie stationär andauern darf. Allerdings erfolgt eine Versöhnung oft auch nicht während einer anschließenden Psychotherapie, weil die Patienten dieses nicht wollen bzw. auch nicht ertrügen – sie bedeutete konkreten Kontakt mit Täter und/ oder Täterin. Wenn ein Mensch über Jahre bis Jahrzehnte daran gehindert wurde, sich „gesund"

Birger Dulz
Dr., Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt der Fachabteilung „Persönlichkeitsstörungen/Trauma" der Asklepios Klinik Nord Hamburg. Herausgeber der Fachzeitschrift „Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie".
b.dulz@asklepios.com.

Die Therapie kann nur gelingen, wenn wir uns so parteiisch wie skizziert verhalten. Jedes andere Vorgehen würde der Patient als Missachtung und Verrat erleben: völlig berechtigter Weise.

abgrenzen zu können, so ist zu vermuten, dass dieses auch später nicht oder nur unter größten Schwierigkeiten möglich ist.

Unser Ziel ist die Stabilisierung des Patienten, so dass er in der Lage ist, eine ambulante Therapie aufzunehmen und durchzuhalten. Wir sind dem Patienten verpflichtet – auch juristisch – und somit parteiisch. Aus diesem Grunde verfassen wir über unsere Patienten auch keine Gutachten, für welches Gericht auch immer. Unsere Parteilichkeit bedeutet aber auch, dass es unsere Aufgabe nicht sein kann, zuvorderst auf die Familie zu schauen; vielmehr haben wir primär unsere Patienten zu beachten und zu achten, die aus oft nachvollziehbaren Gründen auf unseren Stationen einen Kontakt zwischen uns und ihrer Familie zumeist nicht wünschen. Dieses zu missachten zerstörte die therapeutische Beziehung mit der Gefahr z. B. eines Suizides des Patienten.

Die Therapie kann nur gelingen, wenn wir uns so parteiisch wie skizziert verhalten. Jedes andere Vorgehen würde der Patient als Missachtung und Verrat erleben: völlig berechtigter Weise. Zentraler Bestandteil der Behandlung ist es, dass wir uns genau anders verhalten, als es der oder die Täter früher getan haben, die ja zumeist nahe Bezugspersonen waren. Nur durch dieses Verhalten ermöglichen wir dem Patienten neue Beziehungserfahrungen. Dabei befinden wir uns in einer quasi-Elternfunktion (Fachterminus: Elternübertragung). Verhielten wir uns anders als den Patienten haltend und schützend, wäre die zwingende Folge, dass wir die Störung des Patienten verstärkten. Der Patient würde sich nun sicher sein, dass es keine anderen als die immer wieder gemachten Beziehungserfahrungen gibt. Er bliebe schwer gestört.

Patienten mt Borderline-Störungen stellen ewusst Situationen der Retraumatisierung her. Ein bekannter Weg ist weniger brisant als ein unbekannter, selbst wenn er zu Missachtung, Missbrauch und Misshandlung führt.

Es gehört zu Borderline-Störungen, dass Patienten unbewusst Situationen der Retraumatisierung herstellen: Ein bekannter Weg ist weniger brisant als ein unbekannter, selbst wenn er zu Missachtung, Missbrauch und Misshandlung führt. Das kann dazu führen, dass ein Patient unbedingt möchte, dass wir an der Herstellung von Situationen mitwirken, von denen wir annehmen, dass sie (beispielsweise durch Täterkontakt) Retraumatisierungen mit sich bringen. Auch hier müssen wir den Patienten schützen, sofern er es selbst nicht kann.

Ein weiterer Aspekt ist ein rein rechtlicher. Wenn wir ohne ausdrückliche und zu unserer Sicherheit schriftlich vorliegende Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht auch nur die Frage beantworteten, ob sich der Sohn eines Anrufenden oder Anschreibenden bei uns in Behandlung befindet, hätten wir bereits eine Straftat begangen. Umso mehr bezieht sich das auf Inhalte therapeutischer Gespräche.

Frau B. hatte über Jahre als Prostituierte gearbeitet – auf Druck ihrer Mutter sowie des Zuhälters ihrer Mutter, oft verbunden mit Schlägen durch den (gemeinsamen) Zuhälter. Sie hatte sich – auch durch eine stationäre Therapie bei uns – aus dem Milieu entfernen wollen. Auf Station rief während ihrer stationären Therapie ein Herr C. an und wollte sich nach dem Befinden von Frau B. erkundigen. Dies wurde verweigert mit Hinweis auf die Schweigepflicht. Dann forderte Herr C., dass Frau B. an das Telefon geholt werde. Auch dies wurde verweigert. Umgehend beschwerte sich Herr C. in der Klinik über die Station. Ferner erhielt Frau B. – initiiert durch Herrn C. – einen Brief einer „Patientenhilfeorganisation" mit der Aufforderung, dass sie uns gegenüber dieser Organisation von der Schweigepflicht entbinde. Frau B. verfügte daraufhin eine komplette Informationssperre einschließlich der Rücksendung aller postalischen Zusendungen und legte sich eine neue Handynummer zu. Herr C. ist ein früherer Freier der Patientin, der sich in sie verliebt hatte; im Übrigen ist er ein Halbonkel ihrer Mutter.

Ich bin von den Redakteuren der Kerbe gebeten worden, einen pointierten Beitrag darüber zu schreiben, wann der Kontakt mit Familienangehörigen entgegen der paradigmatischen Familienorientierung der modernen Psychiatrie bei der Behandlung mehr schadet als nützen kann. Natürlich gibt es auch Familien unserer Patienten und Patientinnen, in denen sich die Situation deutlich anders darstellt. In diesen Fällen und auch in allen anderen Fällen, in denen der Patient ein Gespräch zwischen ihm und der Familie wünscht und wir uns sicher sind, dass es beim Kontakt nicht zu einer erneuten Verletzung kommen wird, kommen wir diesem Wunsch natürlich gerne nach. Wie eh und je müssen auch in der modernen Psychiatrie und Psychotherapie soziale Gegebenheiten einbezogen und berücksichtigt werden. Dazu gehören auch verletzende, missachtende und missbrauchende Umgänge innerhalb einer bedeutenden Anzahl von Familien, aus denen vor allem unsere Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen stammen. Hier haben wir einen eindeutig patientenbezogenen Arbeitsauftrag, den wir ernst nehmen und ernst nehmen müssen. Ob uns das so gefällt oder nicht. ●

Literatur

Dulz B, Jensen M (2010; im Druck). Aspekte einer Traumaätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: psychoanalytisch-psychodynamische Überlegungen und empirische Daten. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg.). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Auflage. Schattauer, Stuttgart – New York

Paris J (2010, im Druck) Kindheitstraumata und Familien von Patienten mit Borderline-Störungen. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg.). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Auflage. Schattauer, Stuttgart – New York

Sack M, Sachsse U, Dulz B (2009). Borderline-Persönlichkeitsstörung versus Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung. In: Dulz B, Benecke C, Richter-Appelt H (Hrsg.). Borderline-Störungen und Sexualität. Ätiologie, Störungsbild und Therapie. Schattauer, Stuttgart – New York (S. 134-140).

Traumatisierte Kinder und ihre Entwicklungschancen in Pflegefamilien

Von Claudia Brinkmann

Abstract

Pflegefamilien bieten Kindern, die in früher Kindheit durch ihre Eltern traumatisiert wurden, Schutzräume außerhalb des Elternhauses. Über den Integrationsprozess des Kindes in die Pflegefamilie und mit dem Erleben neuer, liebevoller Eltern-Kind-Beziehungen wird dem Kind die Möglichkeit angeboten, traumatische Erfahrungen zu verarbeiten, korrigierende Bindungserfahrungen zu machen und sichere Bindungsrepräsentanzen auszubilden. Der Pflegefamilie als Institution können somit sowohl heilend-therapeutische und entwicklungsfördernde Effekte als auch aus psychiatrischer Sicht präventive Effekte zugeschrieben werden.

I. Familiäre Gewalt als Grundlage frühkindlicher Traumatisierung

Die verschiedenen Formen von Kindesmisshandlung haben kurzfristig und langfristig erhebliche negative Auswirkungen auf die seelische Entwicklung eines Kindes (Dornes 1997) und können als ein Hauptrisikofaktor für eine kindliche Traumatisierung beschrieben werden (Engfer in Egle et al. 2000). Die Weltgesundheitsorganisation definiert dahingehend „Trauma“ in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten als „[...] ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz- oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (Remschmidt et al. 2009).

Als ursächlichste Grundlage der Traumatisierung lässt sich in diesem Zusammenhang die Zerstörung des Vertrauens zu einer Bezugsperson beschreiben und die damit verbundene, verzerrte Wahrnehmung der Realität von sich, seiner Umwelt und zwischenmenschlichen Beziehungen. Die daraus resultierende Störung der emotionalen Organisation scheint basal für die weitere Entwicklung des Kindes (Scheuerer-Englisch in Stiftung zum Wohl des Pflegekindes 2008) zu sein. Aufgrund der fehlenden oder inkongruenten Spiegelung kindlicher Verhaltensweisen bei ablehnenden Handlungsmustern durch die Eltern internalisiert das Kind „böse und schlecht zu sein“, es kann kein adäquates Gefühl für sich und den Umgang mit anderen Menschen entwickeln und sein Gedeihen kann darüber hinaus auch hinsichtlich neurobiologischer Aspekte eingeschränkt werden (Weiß 2008).

II. Auswirkungen auf die kindliche Bindungsentwicklung

So bleibt es dem Kind auf der Grundlage traumatisierender Entwicklungsbedingungen verwehrt, einen „gesunden“ Bindungsstil zu entwickeln. Der britische Kinderpsychiater und Psychoanalytiker John Bowlby begründete in den sechziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts die Bindungstheorie, welche eine Klassifikation verschiedener Bindungsstile und -repräsentanzen im Kindes- und Erwachsenenalter enthält. Er beschrieb einen Zusammenhang zwischen frühkindlichen Vertrauens- und Zuwendungserfahrungen seitens einer kontinuierlichen Bezugsperson und dem Aufbau innerer Arbeitsmodelle, die für das weitere Bindungsverhalten des Kindes verantwortlich sind. Je nach erlebter Bindungsqualität kann das Kind ein sicheres, unsicher-vermeidendes, unsicher-ambivalentes oder desorganisiertes Beziehungskonzept entwickeln.

Im Falle der Kindesmisshandlung / frühkindlichen Traumatisierung und einer damit verbundenen Deprivation (Verlust der „urvertrauten Bezugsperson“) entwickelt das Kind in der Regel einen desorganisierten Bindungsstil. Da es seine Bezugsperson als nicht berechenbar, als schützend und gleichzeitig überwältigend erlebt hat, bleibt es dem Kind verwehrt, strukturierte und organisierte Verhaltensmuster zu zeigen und entsprechende Bindungsrepräsentanzen zu entwickeln. Bezüglich deren Veränderbarkeit / Korrektur internalisierter Bindungsmodelle konstatierte der Psychologe Michael Borg-Laufs in seiner Untersuchung zur Beeinflussbarkeit äußerer Umstände auf die Bindungsrepräsentanzen, dass der entsprechende Wirkungsgrad im frühen Kindesalter - beispielsweise durch die Institution „Pflegefamilie“ - am höchsten ist, mit steigendem Alter abnimmt, aber auch im Erwachsenenalter noch vorhanden sein kann (Borg-Laufs 2001).

III. Die Hilfe der Vollzeitpflege nach § 33 Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) als psychosoziale Intervention

Die Unterbringung eines Kindes in einer Pflegefamilie steht nach § 27. i.V. m. § 33 KJHG den leiblichen Eltern als eine Möglichkeit staatlicher Hilfe zur Erziehung außerhalb des Elternhauses zur Verfügung, die entweder als eine kurzfristige oder auf Dauer angelegte Lebensform für das Kind installiert werden kann. Hierbei wird dem Kind – besonders wenn es durch seine Eltern traumatisiert und somit mit hoher Wahrscheinlichkeit in seinem Bindungsverhalten schwer gestört ist - die Möglichkeit offeriert, neue, korrigierende Lebenserfahrungen zu machen. Gemäß diesem Anspruch zeigte sich in einer Studie der

Claudia Brinkmann
Dipl. Sozialpädagogin
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in Ausbildung, derzeit tätig in der Kinderpsychosomatik des Universitätsklinikums Münster.
Klosterstr. 36, 48143 Münster, Email: claudiabrinkmann@gmx.net

Mit der Möglichkeit der Unterbringung eines Kindes in einer Pflegefamilie wird dem Kind die Möglichkeit angeboten, neue, korrigierende Lebenserfahrungen zu machen.

Psychologin Katja Nowacki die hohe therapeutische Wirksamkeit des pflegefamiliären Settings, da die Befragung ehemaliger Pflege- und Heimkinder - mit Hilfe des Adult Attachement Interviews - hervorbrachte, dass Pflegekinder eine insgesamt günstigere Entwicklung zu verzeichnen haben als Heimkinder. Pflegekinder waren hinsichtlich ihrer Bindungsrepräsentation signifikant sicherer gebunden und bezüglich ihrer psychischen Befindlichkeit gesünder als die in Heimen aufgewachsenen Befragten (Nowacki 2007). Darüber hinaus eruierten weitere Untersuchungen einen positiven Effekt der Erziehung in einer Pflegefamilie hinsichtlich des kindlichen Allgemeinzustandes und der Verbesserung sprachlicher Fähigkeiten (White et al. 1987, Wiesner 2000).

IV. Die Integration des Kindes in die Pflegefamilie und deren therapeutische Funktion

Die Psychologen Monika Nienstedt und Arnim Westermann beschreiben bezüglich der Integration des Kindes in die Pflegefamilie drei bedeutsame Phasen, die das Kind chronologisch durchlebt (Nienstedt & Westermann 2008). Hat das Kind die Trennung von seiner Herkunftsfamilie und den damit verbunden Schmerz weitestgehend überwunden, so wird es sich demnach in nachstehender Abfolge auf die Pflegefamilie einlassen.

In der ersten Integrationsphase verhält sich das Kind in der Regel völlig angepasst. Es scheint zunächst in der Lage zu sein, sich in seiner neuen Umgebung zu orientieren und sie mit Neugier zu erkunden. Mit Gewissheit steht es aber mit großer Skepsis und unterschwelligen Ängsten der Pflegefamilie gegenüber, es versucht durch eine vermeintlich zufriedene und regelkonforme Fassade die für ihn neuen, unkalkulierbaren und somit bedrohlichen Situationen zu kontrollieren. Daraus ergibt sich nicht selten der Trugschluss, dass sein Verhalten als schnelles und positives Einleben gedeutet und als Hinweis darauf verstanden wird, dass es seine Pflegeeltern als solche akzeptiert. Entstehende Konflikte werden in diesem Kontext meistens nicht als Fort-, sondern eher als Rückschritt verstanden. In Wirklichkeit sind Konflikte zwischen Pflegekind und dessen Pflegepersonen aber ein Zeichen für gewachsene Sicherheit, den Aufbau neuer Beziehungen und die Möglichkeit der Aufarbeitung bisheriger Erfahrungen. Wird das Kind nun durch zu hohe Erziehungsansprüche gezwungen, sein überangepasstes Verhalten beizubehalten, wird ein Beziehungsaufbau zu den Pflegeeltern verhindert.

Damit dieser Prozess überhaupt stattfinden kann, bedarf das Kind der Erfahrung, dass es für die neue Familie wichtig ist und dass es seinerseits Einfluss auf seine Pflegeeltern nehmen, diese regelrecht manipulieren kann. Es kann so seine frühkindlichen Erfahrungen des Ausgeliefert-Seins durch Erfahrungen der Einflussnahme und Wertschätzung korrigieren und neue Handlungsmuster erlernen. Das Pflegekind lernt, sich als Subjekt mit eigenen Bedürfnissen sowie die Pflegeeltern als bedürfnisvolle Objekte in Beziehung zueinander zu setzen, die Wirkung seines Verhaltens zu erproben und bisher internalisierte Ohnmachtsgefühle abzubauen.
In der zweiten Integrationsphase geht es - auf der Grundlage des „sicheren Angenommen-Seins durch die Pflegefamilie“ - um die kindliche Wiederholung früherer Beziehungsformen in der Übertragungsbeziehung zu den Pflegeeltern. Hat das Pflegekind genug Vertrauen in seine Ersatzfamilie gefasst, so wird es beginnen, Gefühle und Erfahrungen seiner traumatischen Vergangenheit - im Alltag oder im Spiel - zu reinszenieren. Das Kind muss sich dabei sicher sein können, ohne bestrafende Konsequenzen agieren und zunächst grenzenlos gewähren zu können. Misshandelte Kinder provozieren oft Situationen, die in der Vergangenheit Gewalt und Ängste zur Folge hatten und projizieren entstandene Aggressionen und Wut auf die Pflegepersonen.

Lassen sich die Pflegeeltern nun auf dieses Verhalten des Kindes ein und spiegeln sie ihm die Berechtigung seiner Ängste und Handlungen, so entsteht eine therapeutische Basis, auf der das Kind in die Lage versetzt wird, traumatische Situationen erneut zu inszenieren, sie aber aktuell mit einem heilenden Ausgang zu verknüpfen. Die Phase der kindlichen Übertragung vergangener Erlebnisse bietet somit dem Kind am ehesten die Möglichkeit der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen, bedeutet gleichzeitig aber auch eine der größten Herausforderungen für Pflegeeltern. Sie benötigen an dieser Stelle eine “quasi-therapeutische“ Kompetenz im Umgang mit Traumata, den einhergehenden kindlichen Verhaltensweisen und den zur Genese notwendigen Bedingungen.

In der dritten Integrationsphase steht die weitere Bindungsentwicklung durch regressive Beziehungsformen im Vordergrund. Das Kind begibt sich in dieser Zeit zurück auf früheste Entwicklungsstufen, reinszeniert Bedingungen, auf deren Grundlage es ihm möglich wird, anfängliche Beziehungs- und Vertrauensversuche zu durchleben und sie mit positivem, befriedigenden Ausgang zu verknüpfen. Der Neubeginn beinhaltet somit die Rückkehr zu einem Punkt vor Beginn der Fehlentwicklung, was sich als eine Regression beschreiben lässt. Gleichzeitig aber kommt es zur Entdeckung eines neuen, besseren Weges, was eine Progression bedeutet (Balint 1970). Durch die Erfüllung elementarer Bedürfnisse und das Erfahren “einfühlsamer, urvertrauter Zuwendung“ wird hier die Basis für eine gesunde weitere psychosoziale Entwicklung geschaffen.

V. Fazit

Die Aufarbeitung traumatischer Erlebnisse, die Korrektur schädigender Bindungserfahrungen und die Modifikation internalisierter Bindungsrepräsentanzen durch die Integration des Kindes in die Pflegefamilie können als größte therapeutische Effekte der Institution Pflegefamilie deklariert werden. Der Integrationsprozess als solcher offeriert dem Kind die Möglichkeit, in der heilenden Auseinandersetzung mit Bindungspersonen vergangene, seine psychische Entwicklung beeinträchtigende Erfahrungen zu revidieren, ein Gefühl für eigene Be-

Die Integration eines Kindes in die Pflegefamilie lässt sich nach Nienstedt und Westermann in drei Phasen beschreiben, die das Kind chronologisch durchlebt.

dürfnisse und deren Legitimation zu empfinden sowie sich im empathischen Umgang mit anderen Menschen zu üben. In der Pflegefamilie erhält das Kind somit die zentrale Chance nunmehr - auch über die Zeit in der Pflegefamilie hinaus - sichere und verlässliche Bindungserfahrungen zu machen und vertrauensvolle Beziehungen zu gestalten. Der therapeutischen Wirkung der Pflegefamilie kann somit nicht nur ein heilender, sondern auch ein präventiver Effekt bezüglich der weiteren psychosozialen Gesundheit des Kindes zugeschrieben werden.

Literatur

Balint, M., (1970), Therapeutische Aspekte der Regression. Stuttgart.

Borg-Laufs, M., (2001), Trainings des Sozialverhaltens. In M. Borg-Laufs (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Interventionsmethoden. Tübingen.

Dornes, M.,(1997), Die frühe Kindheit. Frankfurt/M.

Engfer, A., (2005), Formen der Misshandlung von Kindern – Definitionen, Häufigkeiten, Erklärungsansätze. In: Egle, U. et al. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. 3.Auflage. Stuttgart und New York.

Nienstedt, M. & Westermann, A., (2008), Pflegekinder und ihre Entwicklungschancen nach frühen traumatischen Erfahrungen. 2. Auflage. München.

Nowacki,K.,(2007), Aufwachsen in Pflegefamilie oder Heim. Bindungsrepräsentation, psychische Belastung und Persönlichkeit bei jungen Erwachsenen. Hamburg.

Remschmidt,H. et al., (2009), Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 5.Auflage. Bern.

Scheuerer-Englisch, H., (2008), Auswirkungen traumatischer Erfahrungen auf das Bindungs- und Beziehungsverhalten. In: Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hrsg.): 1. Jahrbuch des Pflegekinderwesens. Schwerpunktthema: Traumatisierte Kinder. 5. Auflage. Idstein.

Weiß, W., (2008), Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. 4. Auflage. Weinheim und München.

White, R., Benedict, M. u. Jaffe, S., (1987), Foster Child Health Care Supervision Policy. In: Child Welfare, Vol. 66.

Wieser, A.,(2000), Die Entwicklung von Kindern in Pflegefamilien. Graz.

Trialog als reale Utopie

Nah- und Fernwirkungen einer Idee

Von Thomas Bock

Abstract

Der Trialog ist kein Allheilmittel, aber er zeigt die Richtung und macht die Besonderheit des Einzelnen und seine Fähigkeit zur gleichberechtigten Interaktion zum Maßstab. Zugleich wird deutlich, dass wir bei Entdiskriminierung und Antistigmaarbeit anders als trialogisch gar nicht glaubwürdig und bei notwendigen politischen Reformen anders auch gar nicht überzeugend sind. Die Chancen des Trialogs insbesondere bei Borderline- oder bipolaren Patienten sind bei weitem nicht ausgeschöpft.

Ein Wort hat sich etabliert, das es sprachwissenschaftlich eigentlich gar nicht geben darf. Dialog hätte genügt als Vision einer gleichberechtigten Begegnung – aber eben zu dritt. Dass es sich trotzdem durchgesetzt hat, verdeutlicht seine Notwendigkeit und den ungeheuren Nachholbedarf: Alle an einer Psychose unmittelbar beteiligten Gruppen, Betroffene/Erfahrene, Angehörige inkl. Nachbarn/Laien/Interessierte und Profis egal welcher Ausbildung begegnen sich auf Augenhöhe. Sie respektieren die jeweils unterschiedliche subjektive Sicht, nehmen einander wahr als Wesen mit Bedürfnissen und Ressourcen und suchen nach einem offenen anthropologischen Verständnis tiefer Krisen. Und sie suchen nach individuellen, aber sozial eingebundenen Lösungen. Gemessen an der Kette der Vorurteile gegenüber Patienten *und* Angehörigen ist das der absolute Wahnsinn. Wenn man sich die weiter bestehende Gefangenschaft der Psychiatrie vergegenwärtigt, kann sich diese Vision der gleichberechtigten Begegnung auf lange Sicht nicht völlig durchsetzen. Aber sollen wir sie deshalb aufgeben? Uns wieder klein machen und hintanstellen? Immerhin haben wir eine Vision, an der wir die Realität messen können. Weshalb wir den uneingeschränkten Einfluss der Pharmafirmen ebenso ablehnen können/müssen wie die immer noch bestehende wirtschaftliche Macht großer Institutionen, deren Ressourcen uns fehlen, wenn es um Hometreatment und Krisenintervention geht.

Entwicklung des Trialogs

Der Trialog ist nicht vom Himmel gefallen, hat Vorläufer und Wurzeln. Und die sich artikulierenden Bedürfnisse haben eine lange Geschichte. Um eine anthropologische Sicht bemühten sich schon Daseinsanalytiker und Phänomenologen (wie Binswanger, Kisker u.a.). Der Trialog hat diese anthropologische Sicht nicht erfunden, doch er hat sie belebt und ihr eine neue Basis gegeben. Die Aufarbeitung der Schuld gegenüber Angehörigen begann schon vorher (s. z.B. Freispruch der Familie von Klaus Dörner). Respekt vor der subjektiven Bedeutung von Psychosen lehren Pioniere nahezu aller psychotherapeutischen Schulen. Und der Wert der ehrlichen Begegnung, des wirklichen Sprechens ergibt sich zwingend aus den Verbrechen der sprachlosen Psychiatrie im Nationalsozialismus (Dorothea Buck).

Die Psychoseseminare und später die breitere Trialog-Bewegung mit organisierten Erfahrenen und Angehörigen, mit Kongressen (bis

Thomas Bock
Prof. Dr., Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Leiter der sozialpsychiatrischen Ambulanz und Professor für klinische und Sozial-Psychiatrie am UKE in Hamburg.

Der Trialog hat in seinem Bemühen um eine anthropologische Sicht Wurzeln und Vorläufer, doch er hat sie belebt und ihr eine neue Basis gegeben.

hin zum Weltkongress „Abschied von Babylon“ 1994 in Hamburg) und mit trialogischen Aufklärungs-, Antidiskriminierungs- und Beschwerdeprojekten hat gebündelt und artikuliert, was überfällig war. Dieses Phänomen war beim allerersten fast zufällig und ohne Einladung zustande gekommenen Psychoseseminar bereits sichtbar. Wie von Zauberhand gesteuert kamen 80 Menschen zu trialogisch gleichen Teilen zusammen. Alle waren beeindruckt von den neuen Chancen eines Austausches jenseits von familiärer Verflechtung und therapeutischer Abhängigkeit. Das Bemühen um einen ansatzweise herrschaftsfreien Diskurs (Habermas) war angesichts der langen Geschichte von Herrschaft und Missbrauch jedenfalls überfällig, befreiend und unzulänglich, vorläufig.

Wissenschaft und Macht

Mit etwas wissenschaftlichem Abstand spricht langfristig eher Einiges für die Durchschlagskraft des Trialogs: Die nachhaltige Kraft subjektiver Einstellung ist unbestreitbar. Dass Angehörige für den Verlauf wesentlich sind und eine Ressource darstellen können, ist mehrfach belegt. Die Eigendynamik stationärer Einrichtungen wird inzwischen auch von den Krankenkassen als kontraproduktiv und kostentreibend durchschaut. Und wohlverstandene Hirnforschung bildet die Komplexität menschlicher Wahrnehmung immer besser ab und widerspricht jeglichem Reduktionismus zutiefst.

Ein Problem sind die Machtverhältnisse, die mehr wirtschaftliche Interessen spiegeln als wissenschaftlichen Fortschritt. Hier muss und kann die Trialog-Idee anarchistisch wirken. Das Potential dazu hat sie. Das kann jeder erleben, der sich auf die Kommunikation im Psychoseseminar einlässt und spürt, wie sich die Positionen halten und ergänzen und wie sich aus dem ehrlichen Chaos lebbare Weisheiten herauskristallisieren. Psychiatriepolitisch betrachtet ist der Trialog zumindest so lange ein Segen, wie die verbandliche Kommunikation zwischen den Bundes- und Landesverbänden der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen sowie z.B. der DGSP nicht abreißt. Die Alternative dazu sind die von Pharmafirmen instrumentalisierten Angehörigenverbände der USA oder die intern völlig zerstrittenen Patientenorganisationen in manchen anderen Ländern.

Das spezifisch Besondere des Trialogs

Im Vordergrund steht das Erzählen von Geschichten, das Austauschen von Wahrnehmungen und das Verknüpfen von Perspektiven. Die Kraft von Geschichten kennt jeder, der Romane liest. Und Veränderung wird gerade da möglich, wo sie nicht absichtsvoll angezielt, sondern sich im inneren Chaos als eigenes Bedürfnis herausbilden kann. Eine Art Therapie ohne Absicht, eine nachvollziehbare Paradoxie und ein Ausdruck unser aller Streben nach Autonomie. Im Psychoseseminar als der Urform und Keimzelle des Trialogs begegnen sich Patienten, Angehörige, Profis und Lernende auf Augenhöhe als Experten durch Erfahrung oder als Experten durch Ausbildung und Beruf. Jenseits von Verwicklung und Fremdbestimmung entsteht ein Lernraum, der die zu Chance zu einem „herrschaftsfreien Diskurs“ (Habermas) beinhaltet. Gerade Erfahrene und Angehörige, die nicht über enge persönliche Beziehungen miteinander verflochten sind, können sich so wechselseitig aufmerksamer zuhören und besser einfühlen – eine Art Familientherapie ohne Familie. Diese Begegnung kann zu Einsichten von großer Tragweite führen.

Trialog im Sinn einer gleichberechtigten Begegnung von Erfahrenen, Angehörigen und professionell Tätigen findet nicht nur in Seminaren statt. Sie sind nur ein Übungsfeld eines trialogischen Diskurses.

Für mich war die Begegnung mit Dorothea Buck 1989 ein Geschenk. Und fast jedes Psychoseseminar all die 20 Jahre lang bringt mir neue Anregungen, Psychosen ganzheitlich wahrzunehmen Gerade weil ich als psychiatrisch Tätiger nicht allseits therapeutisch verantwortlich bin, kann ich in solchen Zusammenkünften lernen, vollständiger wahrzunehmen und gelassener zu bleiben – eine Art dreifache Supervision (ohne Bezahlung!) und ein für die alltägliche Arbeit großer Gewinn. Für Lernende bietet diese besondere Situation die Chance der rechtzeitigen Verunsicherung. Insbesondere für Medizinstudenten ist das ein unschätzbarer Wert, wenn sie rechtzeitig die Verschiedenheit der Menschen (mit gleicher Diagnose) und deren Sichtweisen begreifen. Für alle zusammen ergibt sich die Chance, die vorhandenen Sprachbarrieren zumindest ansatzweise zu überwinden und einer gemeinsamen Sprache (wieder) näher zu kommen.

Die verschiedenen Ebenen des Trialogs

»Trialog« meint die gleichberechtigte Begegnung von Erfahrenen, Angehörigen und professionell Tätigen in Behandlung, Öffentlichkeitsarbeit, Antistigmaarbeit, Lehre, Forschung, Qualitätssicherung, Psychiatrieplanung usw. Er findet mitnichten nur in Seminaren statt. Diese sind lediglich das Übungsfeld, denn die Idee des trialogischen Diskurses bedeutet eine Herausforderung für alle drei Gruppen. Sie setzt Maßstäbe für die künftige Entwicklung der Psychiatrie.

Perspektiven des Trialogs

Der Trialog will mehr Subjekt- und Bedürfnisorientierung in Praxis, Lehre und Forschung, will den immer noch vielerorts vorherrschenden Reduktionismus von Krankheitskonzepten und Hilfesystemen überwinden. Praktische Beispiele dafür gibt es einige: Die sogenannte initiale Behandlungskonferenz aus dem skandinavischen Need-adapted-treatment ist ein Beispiel gelebten Trialogs bei akuten Krisen, die Behandlungsvereinbarung eines bei langfristig angelegter Kooperation. In beiden Fällen tritt an die Stelle von Unterwerfungsritualen mit einseitig definierten Voraussetzungen (»Krankheitseinsicht« und »Compliance«) ein Ringen um Kooperation, um gemeinsames Handeln und um anschlussfähige Verstehenskonzepte, die der subjektiven Sicht mit Respekt begegnen.

1. Menschliches Verständnis

Für den psychiatrischen Alltag ist mit entscheidend, ob es gelingt, die rein pathologische Betrachtung abzulösen und um die

anthropologische Perspektive zu erweitern: »Psychisch erkranken zu können gehört zum Wesen des Menschen. Wir sind Wesen, die an uns zweifeln und dabei auch verzweifeln können. Wir können über uns hinaus denken und laufen dabei auch Gefahr, uns und unsere Grenzen zu verlieren. Wenn wir das sehr ausdauernd machen, kommen wir in die Nähe der Psychose der kognitiven/schizophrenen oder der affektiven Psychose. Wer also psychotisch wird, ist kein Wesen vom anderen Stern, sondern zutiefst menschlich.« Das Zitat stammt aus der sog. `Blauen Broschüre´, die von einer AG der Psychoseseminare im Trialog erstellt wurde und seitdem mit einer Gesamtauflage von 60 000 immer wieder nachgedruckt wird[1]. Diese Besinnung auf das Wesen des Menschen mahnt nicht nur zur therapeutischen Bescheidenheit, sondern auch zu einer fairen Gestaltung von Beziehung und Verantwortung. Die inzwischen vielfach geforderte veränderte Gewichtung von Erkrankung und Genesung (Recovery-Orientierung), also die Besinnung auf das, was gesundes Leben – auch mit Symptomen – fördert, wird dadurch maßgeblich unterstützt.

2. Gemeinsam für Toleranz und Sensibilität

Viele psychisch erkrankte Menschen und ihre Angehörigen leiden weniger unter den Symptomen, als unter den Vorurteilen von Kollegen und Nachbarn, nicht selten auch unter der Tendenz zur Selbst-Stigmatisierung. Insofern war es praxisrelevant und konsequent, dass es vielen Mitgliedern in Psychoseseminaren irgendwann nicht mehr reichte, wechselseitige Vorurteile auszuräumen. Gemeinsame Projekte wie z.B. „Irre menschlich Hamburg“ helfen, gemeinsam gegen öffentliche Vorurteile zu Felde zu ziehen. Sie tun das mit Begegnungsprojekten in Schulen und Betrieben sowie mit trialogischen Fortbildungen für Journalisten, Lehrer, Gesundheitsberufe, Jugendhilfe, Polizei und die Wohnungswirtschaft. Die Auswahl der Adressaten zeigt, wie politisch die Trialog-Bewegung hier wird und geworden ist.

3. Trialogische Forschung

Forschung in Deutschland ist interessenorientiert. Vor allem in der Pharmaforschung hat das Auswirkungen auf die Ergebnisse und deren Interpretation. Und doch ist mit der Versorgungsforschung ein neuer Zweig gewachsen und es gibt Beispiele, wie hier der Trialog die Qualität der Forschung verbessern kann: Das Hamburger SuSi-Projekt, eine trialogische Forschergruppe zum Thema Subjektiver Sinn, belegt die Notwendigkeit eines anderen Umgangs mit Psychoseerfahrung inzwischen auch empirisch. Die Befragung von fast 500 Psychose-Erfahrenen aus drei Ländern und 15 Orten zeigt ein großes Sinn-Bedürfnis. Über 70 % der Beteiligten bringen ihre Psychose mit Lebenserfahrungen in Verbindungen, fast 50 % berichten von auch positivem Symptomerleben und fast 60 % haben – weitgehend unabhängig von der Schwere der Erkrankung – auch positive Zukunftserwartungen. Bemerkenswert ist dabei vor allem der innere Zusammenhang der Faktoren des neu konstruierten Fragebogens: Je stärker der Bezug auf eigene Lebenserfahrung, desto konstruktiver das Psychoseerleben, optimistischer der Blick in die Zukunft und positiver die subjektive Lebensqualität (Bock u.a. 2009). Diese Studie bestätigt die bisher qualitativen Daten aus den Psychoseseminaren sowie die sinnorientierten Theorien von Victor Frankl und das Salutogenese-Konzept von aaron Antonovski: Zu (seelischer) Gesundheit und Gesundung gehören das Erleben von Sinn und Kohärenz. Vor allem aber belegt sie die Notwendigkeit psychotherapeutischer Behandlungsstrategien und unterstreicht die große Relevanz von Peer-Arbeit. Gerade Peers können bei der Aneignung schwerer seelischer Krisen helfen und damit zu einer konstruktiven Verarbeitung beitragen. ●

Anmerkung

1 Die trialogische blaue Broschüre „Es ist normal, verschieden zu sein – Verständnis und Behandlung von Psychosen“ ist für 1 Euro zu bestellen unter anderem über info@irremenschlich.de.

Geschichte und Ebenen des Trialogs

- 1989 erstes Psychoseseminar in Hamburg
- 1992 Gründung des Bundesverbandes Psychiatrieerfahrener, seitdem Trialog auch auf Verbandsebene
- 1993 Erste trialogische Bücher, Ausweitung der Trialog-Idee, Trialogforen beim Stimmenhörer-Netzwerk
- 1993 Fischer-Appelt-Preis der Uni Hamburg für den besonderen Stellenwert des Psychoseseminars in der Lehre
- 1994 Weltkongress für soziale Psychiatrie »Abschied von Babylon« mit trialogischem Konzept, seitdem viele trialogische Kongresse und Fortbildungen
- 1998 Veröffentlichung der Broschüre Es ist normal, verschieden zu sein in deutscher und englischer Sprache. Mit einem breiten (anthropologischen) Verstehensmodell und sehr differenziertem Behandlungskonzept
- bis 1998 bundesweit ca. hundert Psychoseseminare
- 1998 erste Behandlungsvereinbarung (Bielefeld)
- 1999 Beginn der »Antistigmakampagne von unten«, trialogische Aufklärungsarbeit gegenüber Journalisten, in Schulen und Betrieben, Start Irre menschlich Hamburg
- 2000 Etablierung der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störung (DGBS) als trialogische Fachgesellschaft
- 2002 Trialogforen von Borderline-Patienten
- 2004 Trialogforen bei der jährlichen DGPPN-Tagung
- 2005 trialogische Beschwerdestellen, ein Projekt, das von der DGSP gefördert wurde
- 2005 Start des EU-Programms zu Förderung eines Curriculums »Experienced Involvement«
- 2006 Beginn der EX-IN-Fortbildung in Hamburg und Bremen
- 2008 Start eines gemeinsamen Fortbildungskurses »Train the trainees«

Klinische Sozialarbeit in der Psychiatrie

Skizze eines Handlungsrahmens

Von Harald Ansen

Seit den Anfängen der professionellen Sozialarbeit im Gesundheitswesen nimmt die Sozialarbeit in der Psychiatrie eine herausgehobene Rolle ein. Entsprechend dem Selbstverständnis der Klinischen Sozialarbeit geht es auch im speziellen Arbeitsfeld der Psychiatrie darum, personenorientierte Formen der Unterstützung bei der Bewältigung der sozialen und psychischen Folgen einer Erkrankung zu leisten. In den Ausführungen wird ein Schwerpunkt auf das methodische Handeln gelegt, das im Zentrum der Klinischen Sozialarbeit steht. Auf theoretische Herleitungen wird verzichtet. Das entwickelte Methodentableau umreißt das Handlungsspektrum der Klinischen Sozialarbeit in der Psychiatrie. Die einzelnen Elemente können je nach Einrichtung und Auftrag unterschiedlich kombiniert eingesetzt werden.

I. Grundverständnis der Klinischen Sozialarbeit

Die Klinische Sozialarbeit hat ihre Wurzeln in der Sozialen Einzelhilfe, eine der drei klassischen Methoden der Sozialarbeit. Die Klinische Sozialarbeit ist in den USA unter der Bezeichnung Clinical Social Work weit verbreitet. Seit den 1990er Jahren wird diese Variante der fallbezogenen Sozialarbeit auch in Deutschland systematisch aufgegriffen. Das zentrale Ziel der Klinischen Sozialarbeit besteht darin, die durch Belastungen und Krankheiten gefährdete oder unterminierte psychosoziale Funktionsfähigkeit von Individuen, Familien oder kleinen Gruppen durch personenbezogene Arbeitsformen zu erhalten, zu fördern oder wieder herzustellen. Klinisch bezieht sich in der Wortverbindung Klinische Sozialarbeit auf fallbezogenes bzw. interaktives Handeln mit den Zielgruppen (vgl. Geißler-Piltz/Mühlum/Pauls 2005, 13). Hierbei werden in einer sozialökologischen Perspektive die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen Individuen und ihrer Umwelt berücksichtigt. Im einzelnen geht es je nach Ausgangslage darum, Menschen zu befähigen, in ihrer Umwelt befriedigend zu leben oder die Umwelt besser auf die Belange beeinträchtigter Menschen abzustimmen (vgl. Wendt 2010, 117f.).

II. Krankheitsverständnis in der Klinischen Sozialarbeit

Die Behandlungsbeiträge der Klinischen Sozialarbeit in der Psychiatrie sind vor allem auf die psychischen und sozialen Folgen einer seelischen Erkrankung konzentriert.Aus einer klinisch-sozialarbeiterischen Sicht ist der persönliche Umgang der Betroffenen mit ihrer Erkrankung für den Behandlungsverlauf mitentscheidend. Zu den subjektiven Reaktionen zählen die Verdrängung und Ausblendung der Erkrankung, ein ungerichteter Aktionismus oder ein sekundärer Krankheitsgewinn durch eine Überidentifikation mit der Krankenrolle (vgl. Waller 2005, 100f.). Diese Umgangsweisen mit der Erkrankung schwächen die so genannte Compliance und belasten den Krankheitsverlauf zusätzlich. Die unterschiedlichen Formen der persönlichen Unterstützung im Rahmen der Klinischen Sozialarbeit tragen dazu bei, dass Patienten lernen, ihre Krankheit zu akzeptieren und sich mit ihren veränderten Lebensbedingungen so zu arrangieren, dass eine Eskalation der psychischen Beeinträchtigung möglichst vermieden wird. Hierbei ist es wichtig, die Kontaktfähigkeit und damit die sozialen Beziehungen eines psychisch erkrankten Menschen wieder herzustellen bzw. aufrecht zu erhalten (vgl. Klosinki 2005, 1446). Die Methoden der Klinischen Sozialarbeit umfassen in Bezug auf diese Aspekte den persönlichen Beistand ebenso wie befähigende Interventionen (s.u.).

Mit einer psychischen Erkrankung sind auch erhebliche soziale Konsequenzen verbunden. Betroffene sind immer noch Stigmatisierungen ausgeliefert, die im Alltag zu massiven Belastungen führen (vgl. von Kardoff 2005, 1434). Viele Patienten in der Psychiatrie leben unter sozial deprivierten Lebensbedingungen. Armut, Arbeitslosigkeit, ungünstige Wohnbedingungen und fehlende ausreichende soziale Unterstützung sind Stressfaktoren, die sowohl die Manifestation einer Erkrankung begünstigen als auch die Behandlungsaussichten negativ beeinflussen (vgl. Huxley 2008, 55f.). Zu den Interventionen der Klinischen Sozialarbeit gehören deshalb auch die systematische Erschließung von Sozialleistungen und die Förderung der formellen und informellen sozialen Unterstützung (s.u.).

In der Psychiatrie ist die Sozialarbeit Teil eines in der Regel multiprofessionellen Teams. Für ihre professionelle Identität ist es wichtig, unterscheidbare Behandlungsbeiträge einzubringen. Die Klinische Sozialarbeit liefert dafür neben dem sozialarbeiterischen Blick auf psychische Erkrankungen auch die methodischen Grundlagen.

III. Methodisches Handeln in der Klinischen Sozialarbeit

In der Chronologie des methodischen Handelns folgen auf die Fallerfassung bzw. Soziale Diagnose die Hilfeplanung und anschließend die Intervention.

Fall- und Problemerfassung:

Kennzeichnend für die Klinische Sozialarbeit in der Psychiatrie ist die Wahrnehmung von Problemen und Ressourcen an der Schnittstelle von Person und Umwelt. Im Hintergrund steht die Frage nach den sozialen Teilhabechancen psychisch erkrankter Men-

Harald Ansen
Prof. Dr., Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales, Department Soziale Arbeit; Hochschullehrer für Theorien und Methoden der Sozialen Arbeit.
Harald.Ansen@haw-hamburg.de

schen. Aus sozialarbeiterischer Sicht hängt die soziale Teilhabe insbesondere von den folgenden Themen ab, die auch die Fall- und Problemerfassung der Klinischen Sozialarbeit in der Psychiatrie strukturieren:

Soziale Sicherung	
Einkommen	Grundsicherung und Einkommensersatzleistungen
Wohnen	Sicherung der Wohnung, Betreuung im Wohnraum, Wohnalternativen
Arbeit und Beruf	Erwerbsstatus, berufliche Teilhabe
Soziale Unterstützung	
Formelle Netze	Zugang zu Dienst- und Sachleistungen des Gesundheits-, Bildungs- und sozialen Sicherungssystems
Informelle Netze	Förderung unterstützender familiärer Beziehungen, Bekanntschaften und Freundschaften
Persönliche Befähigung	
Krankheitsbewältigung	Umgang mit der Erkrankung einschließlich Krisenbewältigung
Kompetenzen	Förderung persönlicher, sozialer und kultureller Kompetenzen zur Alltagsbewältigung
Zusammenfassende Beurteilung (Soziale Diagnose)	
In der sozialarbeitstheoretisch fundierten diagnostischen Zusammenführung werden die einzelnen Themen unter Beachtung von Problemen und Ressourcen sowie der bisherigen Entwicklung aufgegriffen. Mögliche Wechselwirkungen werden festgestellt, eine Einschätzung des weiteren Verlaufs und des Interventionsbedarfs wird formuliert. Diese Grundlagen fließen in Sozialberichte bzw. Sozialgutachten ein.	

Die Soziale Diagnose wird immer prozessbegleitend gemeinsam mit den Patienten und ggf. ihren Angehörigen erstellt. Sie dient u.a. der regelmäßigen Überprüfung der Arbeitsergebnisse. Gesprächstechnisch sind eine geeignete Befragung mit einer Kombination aus direkten, sachbezogenen, ressourcenaufdeckenden, biographischen und reflexiven Fragen und eine paraphrasierende Grundhaltung geboten (vgl. Ansen 2009a, 258).

Hilfeplanung

Die Planung von unterstützenden Schritten erfolgt gemeinsam mit den Patienten, ggf. ihren Angehörigen und dem weiteren Umfeld sowie beteiligten Fachkräften in der jeweiligen Einrichtung. Von den Betroffenen akzeptierte Ziele haben per se eine motivierende Wirkung, sie eröffnen eine Zukunftsperspektive und verbessern die Behandlungsbereitschaft. Die Hilfeplanung erfolgt entlang der Kategorien, die in der Fall- und Problemerfassung eingesetzt werden. Dieser thematische Horizont führt zu einem kohärenten Profil der Klinischen Sozialarbeit in der Psychiatrie und unterstreicht ihre unverwechselbaren und unverzichtbaren Behandlungsbeiträge.

Bei der Entwicklung von Zielen in der Hilfeplanung ist es ratsam, zwischen Wirkungs-, Teil- und Handlungszielen zu unterscheiden (vgl. von Spiegel 2008, 138). Wirkungsziele stehen für die angestrebten Zustände, sie haben insofern einen orientierenden Charakter. Teilziele dienen dazu, die einzelnen Schritte zeitlich zu unterteilen, sie ermöglichen eine Kontrolle der Behandlungsfortschritte und signalisieren damit auch den Patienten, dass es voran geht. Handlungsziele beschreiben konkrete Maßnahmen und auch die dafür zuständigen Personen. Hierzu zählen die Professionellen der Psychiatrie, aber auch die Patienten und weitere am Hilfeprozess beteiligte Menschen. Ein Beispiel: In der stationären Behandlung eines Patienten mit einer chronisch verlaufenden Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis könnte das Wirkungsziel darin bestehen, eine ambulante Betreuung im eigenen Wohnraum aufzubauen. Der Weg dahin erfordert eine vorübergehende Aufnahme in eine sozialtherapeutische Wohneinrichtung, die allmähliche Überleitung in eine Tagesstätte, parallel die Klärung der sozialen Sicherung und die Suche nach einer Wohnung. Die Angehörigen werden sukzessive in die alltägliche Unterstützung des Patienten eingebunden, so dass sie lernen, mit unterschiedlichen Situationen umzugehen (Teil- und Handlungsziele).

Intervention

Auf Personen gerichtete Interventionen funktionieren zu keiner Zeit mechanisch. Der Handelnde folgt Annahmen über mögliche Wirkungen seiner Intervention, wobei viele weitere Faktoren wie Eigenschaften der Adressaten, vorhandene und fehlende Ressourcen und die Bedingungen des Umfeldes eine wesentliche Rolle spielen (vgl. Kaufmann 2002, 109f.). Diese Einschränkung mahnt zu Bescheidenheit im methodischen Handeln, gleichwohl sind gezielte Interventionen gefordert. In der einschlägigen Fachliteratur werden die Methoden der Sozialarbeit in der Psychiatrie vielfach aufzählend eingeführt wie bei Bosshard/Ebert/Lazarus (vgl. 2007, 380f.). Hier werden Beziehungsaspekte, Gesprächsführung, Krisenintervention, Biographiearbeit, Psychoedukation, Wohnfragen, Arbeit und Selbsthilfe teilweise unverbunden nebeneinander dargestellt. Die Klinische Sozialarbeit in der Psychiatrie im hier vertretenen Verständnis basiert auf mehrdimensionalen Interventionsebenen, die in einem systematischen Zusammenhang mit der Fall- und Problemerfassung stehen (s. Übersicht *Interventionsebenen* auf S. 38).

Auf der Grundlage einer Arbeitsbeziehung werden die sechs Interventions- oder Arbeitsformen fall- und problembezogen eingesetzt. Sie bilden das methodische Zentrum der Klinischen Sozialarbeit in der Psychiatrie. Mit diesem Grundinventar an Methoden gelingt es, die sozialarbeiterischen

Fundament	Arbeitsbeziehung
Einzelfallbezogene Interventionen	1. Soziale Beratung mit dem Schwerpunkt Erschließung von Sozialleistungen 2. Soziale Beratung mit dem Schwerpunkt persönliche Hilfe und Krisenbewältigung
Gruppenbezogene Interventionen	3. Soziale Gruppenarbeit mit dem Schwerpunkt Vermittlung sozialer Kompetenzen 4. Soziale Erwachsenenbildung mit dem Schwerpunkt Vermittlung kultureller Kompetenzen
Umfeldbezogene Interventionen	5. Soziale Netzwerkarbeit mit dem Schwerpunkt Förderung formeller und informeller sozialer Unterstützung 6. Milieugestaltung und Ortshandlung mit dem Schwerpunkt Organisation eines förderlichen Lebensortes

Übersicht: Inverventionsebenen

Behandlungsbeiträge genauer zu konturieren. Was sich hinter den Methodenbenennungen verbirgt, soll hier zumindest in groben Umrissen erläutert werden:

Arbeitsbeziehung

Die Beziehung ist für die Umsetzung der einzelnen Methoden eine entscheidende Voraussetzung, soweit mit ihr eine empathische Grundhaltung, eine glaubwürdige Ausstrahlung und Vertrauen in die Kompetenz des Sozialarbeiters verbunden sind (vgl. Ansen 2009b, 382f.). Für die Umsetzung ist ein anerkennender, wertschätzender, verständigungsorientierter und produktiver Umgang mit rat- und hilfesuchenden Menschen besonders wirksam (vgl. Heiner 2007, 458f.).

1. Soziale Beratung mit dem Schwerpunkt Erschließung von Sozialleistungen

Viele Patienten in der Psychiatrie leben im weiteren Sinn in Armut. Die Erschließung von Sozialleistungen dient der Sicherung der Lebensgrundlagen, sie wirkt damit stressreduzierend. Für die Umsetzung sind sozialadministrative Fähigkeiten, Gesetzeskenntnisse, Gutachtenkompetenzen und informierende Methoden der Gesprächsführung erforderlich (vgl. Ansen 2006, 169f.)

2. Soziale Beratung mit dem Schwerpunkt persönliche Hilfe und Krisenbewältigung

Auf der Basis einer belastbaren Beziehung geht es in dieser Variante der Beratung um einen sowohl emotional als auch kognitiv gestalteten Beistand, der Patienten entlastet und in der Reflexion ihrer aktuellen Lebensumstände unterstützt. Mitunter ist auch der sehr enge Beistand in Ausnahmesituationen das Mittel der Wahl, um die persönliche Entwicklung zu unterstützen (vgl. Ansen 2009a, 262f.).

3. Soziale Gruppenarbeit

In der Sozialen Gruppenarbeit mit Patienten steht der Austausch über Krankheits- und Alltagserfahrungen und die Förderung eines sozial kompetenten Umgangs mit anderen Menschen im Vordergrund. Zu diesem Zweck werden kommunikative Kompetenzen vermittelt, die wechselseitige Wahrnehmung unterstützt und Modelle der Konfliktlösung im zwischenmenschlichen Umgang erprobt (vgl. Schmidt-Grunert 2009, 56f.).

4. Soziale Erwachsenenbildung

In Abgrenzung zur Sozialen Gruppenarbeit geht es in der Sozialen Erwachsenenbildung in erster Linie um die systematische Vermittlung von Wissen und Können. Für die Klinische Sozialarbeit in der Psychiatrie sind Themen wie Lebensperspektiven in aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen, Umgang mit Belastungen oder auch allgemeinbildende Fragestellungen relevant, die nach den Grundsätzen der Didaktik der Erwachsenenbildung aufbereitet werden (vgl. Miller 2003, 40f.).

5. Soziale Netzwerkarbeit

Diese umfassende Intervention bezieht sich auf private Netzwerke von Patienten, die krankheitsbedingt häufig erodieren, auf den Zugang zu formellen Netzen, wie er vor allem in Elementen des Case Management aufgegriffen wird, und auf die Koordination von Netzen im Sozialraum von Patienten, um Reibungsverluste und Mehrfachbetreuungen zu vermeiden (vgl. Seikkula/Arnkil 2007, 67f.).

6. Milieugestaltung

Dieser Ansatz in der Klinischen Sozialarbeit hat eine lange Vorgeschichte, die mit dem therapeutischen Milieu verbunden ist. Aus einer sozialarbeiterischen Sicht geht es im Ortshandeln darum, mit Menschen an einem Milieu zu arbeiten, das ihnen Schutz und Geborgenheit bietet, sie gleichzeitig stimuliert und herausfordert, Räume für Fortschritte und Rückschläge bereit stellt und auch auf soziale Anforderungen im Alltag außerhalb eines schützenden Milieus vorbereitet (vgl. Winkler 2009,307f.)

IV. Ausblick

Die Handlungspotenziale der Klinischen Sozialarbeit in der Psychiatrie sind nach den hier entwickelten Vorstellungen breit angelegt. In der Praxis werden sie sicherlich in einzelnen Zuschnitten bereits umgesetzt, zumal ganz überwiegend auf bewährte methodische Ansätze der Sozialarbeit zurückgegriffen wurde. Gleichwohl kommt es künftig darauf an, die methodischen Elemente der Klinischen Sozialarbeit in der Psychiatrie noch genauer auszubuchstabieren, ihre Umsetzung durch Begleitforschungen zu überprüfen und auf diesem Weg weitere Impulse für die sozialarbeiterischen Behandlungsbeiträge freizulegen.

Literaturangaben???

Können forensische Klienten im Gemeindepsychiatrischen Verbund versorgt werden?

Von Udo Frank, Michael Konrad

Die Autoren widmen den nachfolgenden Beitrag Dr. Ulrich Jockusch als langjährigem ehemaligen Leiter der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Weissenau

I. Einleitung

Die Betreuung ehemaliger forensischer Patienten im Rahmen der gemeindepsychiatrischen Versorgungsangebote ist trotz nachhaltiger Anmahnungen (z.B. Rosemann 2003) noch immer keine Selbstverständlichkeit. Der Maßregelvollzug (MRV) wird nach wie vor als abgespaltenes Ressort der psychiatrisches Versorgung verstanden. In den letzen Jahren ist dieser Aspekt sogar wieder stärker in den Vordergrund getreten. Angesichts von steigenden Fallzahlen in den forensischen Abteilungen und einer verstärkten Aufnahme von Klienten, die bereits im Rahmen der Allgemeinpsychiatrischen Versorgung behandelt wurden, trat der Begriff der Forensifizierung psychiatrischer Patienten in die fachliche Diskussion (z.B. Frank 2007, Weig 2009). Bei Autoren, die gemeindepsychiatrischen Ansätzen kritisch gegenüber stehen, wird die zunehmende Forensifizierung als Beweis herangezogen, dass die Verlagerung der psychiatrischen Versorgung in die Gemeinde nicht funktioniert oder zumindest übertrieben wurde. Fakten über die Hintergründe für den Belegungsanstieg in den forensischen Kliniken liegen allerdings v.a. in der englischsprachigen Literatur vor (Hodgins et al 2006).

Unabhängig von den ideologischen Debatten kann das Schattendasein der forensischen Psychiatrie durchaus als Fakt betrachtet werden. Schmidt-Quernheim (2007) hat diese in seinem kritischen Essay über das schwierige Verhältnis von Sozialpsychiatrie und Maßregelvollzug aus der Sicht der forensischen Psychiatrie beleuchtet. Er attestiert der Gemeindepsychiatrie „ein gebrochenes Verhältnis...zu psychisch Kranken, sofern diese gewalttätig geworden sind“ (ebd., S.218). Aus seiner Sicht kann von einem Vergessen der forensischen Psychiatrie durch die Sozialpsychiatrie gesprochen werden, die auf der Ebene der Mitarbeiter(innen) v.a. damit zusammenhänge, dass diese den reglementierenden Umgang mit psychisch kranken Menschen ablehnten. Dies führe dazu, dass „bestimmte Patienten ausgegrenzt werden, die nicht in das Raster von Freiwilligkeit bzw. `Verhandeln statt Behandeln` passen“ (Ebd., S.220). Schmidt-Quernheim sieht einen Bedarf an weiterer Qualifizierung der Mitarbeiter in der Sozialpsychiatrie und macht die Phase des Übergangs von der Forensischen Abteilung nach „draußen“ als besonders sensible Phase fest. Für ihn besteht ein Bedarf an „einer speziellen sichernden Begleitung und Nachbetreuung“ (ebd. S. 221) wobei durch kleinschrittige Übergänge ein sich langsam nach außen erweiterndes Setting aufgebaut wird.

Allerdings beruhen die Aussagen und Forderungen Schmidt-Quernheims nicht auf empirischen Daten. Auch dürfte sich die Lage regional teilweise sehr unterschiedlich darstellen. Fakt ist auch: Für die Nachsorge von Patienten, die aus einer Maßregelunterbringung im psychiatrischen Krankenhaus entlassen werden, gibt es keine einheitlichen Standards. Entsprechend weit gespannt ist das Spektrum zwischen der Überleitung in eine langjährige ambulante Kriminaltherapie unter unbefristeter Führungsaufsicht bis hin zu einer alleinigen Entlassung in das allgemeine Hilfesystem ohne spezifische forensische Weiterbetreuung. Die deutschsprachige Literatur zum Thema Nachsorge für forensische Patienten fokussiert überwiegend auf erforderliche Maßnahmen zur Reduktion des Deliktrückfallrisikos. Die Perspektive der Einrichtungen des Gemeindepsychiatrischen Verbunds ist hingegen kaum vertreten. Eine systematische Auswertung der Erfahrungen mit entlassener Maßregelvollzugs-Klientel schließlich ist uns nicht bekannt.

In der Region Bodensee-Oberschwaben (Landkreis Ravensburg und Bodenseekreis) ist die Versorgung ehemaliger forensischer Patienten im Rahmen des jeweiligen Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) seit Jahren eine Selbstverständlichkeit. Den strukturellen Rahmen bildet die jeweilige GPV-Vereinbarung, in der sich alle Träger zu der Versorgung aller psychisch kranken Menschen des jeweiligen Landkreises unabhängig von der Schwere der Erkrankung verpflichten. Forensische Patienten sind in dieser Vereinbarung explizit eingeschlossen mit dem Zusatz, dass Klienten mit Herkunft außerhalb der beiden Landkreise versorgt werden, wenn die Rückkehr in die Heimatregion nicht als sinnvoll betrachtet wird. Die Einigung auf eine Pflichtversorgung im komplementären Bereich wird erleichtert durch eine gute Kooperation mit der psychiatrischen Klinik, der die Pflichtversorgung für die Behandlung psychisch kranker Menschen obliegt.

In den GPV des Landkreises Ravensburg und des Bodenseekreises ist die Umsetzung der Versorgungsverpflichtung gelungen und wird seit 2005 mithilfe einer eigens konstruierten Basisdokumentation erfasst und

Udo Frank
Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Forensische Psychiatrie (LÄK, DGPPN), Psychotherapie, Ärztliches Qualitätsmanagement, Suchtmedizin
Chefarzt der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Weissenau des ZfP Südwürttemberg,
Email: udo.frank@zfp-zentrum.de

Es bestehen erhebliche regionale Unterschiede bei den forensischen Nachsorgekonzepten, insbesondere hinsichtlich Art, Dauer und Intensität eines Angebots.

in regelmäßigen Jahresberichten dokumentiert. Für das Jahr 2008 sind nunmehr erstmalig die entsprechenden Items aufgenommen und ausgewertet worden, die die Erfahrungen aus der Nachsorge forensischer Patienten im GPV darstellen.

II. Nachsorge nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug

Die Entlassung aus dem psychiatrischen Maßregelvollzug nach § 63 StGB erfolgt, wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird (§ 67 d StGB). Kraft Gesetzes tritt Führungsaufsicht ein, es werden Bewährungsauflagen für einen Zeitraum von ein bis fünf Jahren ausgesprochen.

Regional bestehen beachtliche Unterschiede bei den forensischen Nachsorgekonzepten, insbesondere hinsichtlich Art, Dauer und Intensität eines spezifisch auf die forensischen Belange zugeschnittenen Angebots. Als Grund können Unterschiede hinsichtlich Deliktverständnis und Interventions-Philosophien angenommen werden. Der Forderung nach einer möglichst langfristigen ambulanten Kriminaltherapie liegt die Annahme eines dauerhaft hohen Wiederholungsrisikos zugrunde. Eine weitgehend unbegleitete Überführung in das allgemeine Hilfesystem versteht die Anlassdelinquenz führend als Symptom der Erkrankung, so dass bei adäquater psychosozialer Stabilisierung bereits eine ausreichende Rückfallprävention erreicht ist. Diese Differenz ist auch Ausdruck des Fehlens ausreichend belastbarer Daten zu den Fragen, ob, in welchem Umfang und bei welchen Fällen die Nachbetreuung entlassener Maßregelpatienten ausschließlich durch Therapeuten bzw. Einrichtungen erfolgen soll, die über spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der Behandlung von Rechtsbrechern verfügen.

Durch das Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht wurden 2007 die Möglichkeiten einer unbefristeten Verlängerung der Führungsaufsicht erweitert. Außerdem legt das Reformgesetz den Bundesländern nahe, flächendeckend Forensische Nachsorgeambulanzen einzurichten. Solche Ambulanzen bestehen zwischenzeitlich in der Mehrzahl der Bundesländer, teilweise mit erheblichen Unterschieden hinsichtlich Leistungsauftrag und -spektrum, Finanzierung und Organisationsform. Diese Ambulanzen ersetzen betreute Wohn- und Arbeitsformen nicht, in die laut Seifert (2005) derzeit etwa 70 % der Maßregelpatienten entlassen werden. Sie übernehmen vielmehr eine wesentliche Rolle bei der Einschätzung und Minimierung etwaiger Rückfallrisiken.

Die Ist-Situation für die Nachsorge psychisch kranker Straftäter stellt sich nach Rehse (2003) wie folgt dar:

- Die durchaus positive Entwicklung im allgemeinpsychiatrischen Versorgungssystem hat nicht überall automatisch zu mehr Bereitschaft in der Versorgung von psychisch kranken Straftätern geführt. Es bestehen Berührungsängste, teils bis hin zu gänzlicher Ablehnung der Klientel.
- Die sozialpsychiatrischen Entwicklungen der letzten Jahrzehnte haben nicht automatisch zu mehr Qualität in der Versorgung psychisch kranker Straftäter geführt. Insbesondere die Unterscheidung zwischen störungs- bzw. nichtstörungsbedingten Verhaltensweisen hinsichtlich ihrer forensischen Relevanz, aber auch die Risiko-Prognoseeinschätzung und die Zuführung zu einer qualifizierten Behandlung bereiten teilweise Schwierigkeiten.
- Gegen die Ausschöpfung direktiver Möglichkeiten, z.B. in Bezug auf eine medikamentöse Behandlung oder die erneute stationäre Einweisung, bestehen im allgemeinen Hilfesystem nicht selten Bedenken.

Anders als in dieser Situationsbeschreibung hat sich in einigen Regionen Deutschlands, unter anderem in der Region Bodensee-Oberschwaben seit bereits mehr als zehn Jahren eine enge Kooperation zwischen den dortigen Gemeindepsychiatrischen Verbünden und der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Weissenau des ZfP Südwürttemberg entwickelt. Hierdurch konnten Aufenthaltszeiten im Maßregelvollzug begrenzt, Entlassungsvorbereitungen strukturiert eingeleitet, der forensische Sozialdienst in die Hilfeplankonferenzen integriert, eine Beiziehung forensischen Fachwissens im Bedarfsfall zeitnah sichergestellt und eine weit reichende Eingliederung psychisch kranker Rechtsbrecher in das allgemeine Hilfesystem erreicht werden. Dies belegt auch die Auswertung der Bado-Daten der beiden GPV[1]

III. Auswertungsergebnisse

2008 wurden in den Einrichtungen im Landkreis Ravensburg und im Bodenseekreis 107 ehemals forensisch untergebrachte Klienten betreut (detaillierte Angaben in Konrad, Frank & Flammer 2010). Das entspricht 5% der Gesamtzahl der Klienten, die in den Einrichtungen der GPV betreut wurden. 65% der Klienten erhalten Hilfen im Rahmen des ambulant oder stationär betreuten Wohnens. 64% sind an einer schizophrenen Psychose erkrankt, während dies bei den im GPV betreuten Klienten ohne forensische Unterbringung nur bei 52% der Fall ist. Bei der Diagnosegruppe, die vorwiegend Hilfen in Einrichtungen des GPV erhalten, nämlich den an einer Psychose erkrankten Klienten, ist die Erkrankungsdauer der Klienten aus dem MRV um 2 Jahre länger.

Der Vergleich zwischen den beiden Gruppen zeigt, dass Fremdaggression kein exklusives Verhaltensmerkmal von forensischen Klienten ist. Die Mehrzahl der fremdaggressiven Handlungen in den Einrichtungen des GPV werden von Klienten begangen, die nicht forensisch untergebracht waren. 13 fremdaggressive Handlungen von forensischen Klienten stehen 34 von nicht forensisch untergebrachten Klienten entgegen. Die Schwere der Handlungen liegt in beiden Gruppen vergleichbar in einem unteren bis moderaten Bereich. Die forensische Vorgeschichte wirkt sich nicht auf die Zahl der stationären Einweisungen aus. Bei Psychosekranken ist der Anteil gleich, bei Klienten mit einer Persönlichkeitsstörung ist der Anteil der ehemaligen forensischen Klienten geringer. Daraus kann in Verbindung mit dem unterschiedlichen

Michael Konrad, Dr., Dipl. Psych., Leiter des Wohn- und Pflegeheims Ravensburg-Bodensee im ZfP Südwürttemberg und Sprecher der Trägergemeinschaft GPV des Landkreises Ravensburg. Email: michael.konrad @zfp-zentrum.de.

Anteil an Fremdaggressionen der Schluss gezogen werden, dass die Notwendigkeit stationärer Behandlung nicht gekoppelt ist an Fremdaggressionen, sondern eher an Krankheitssymptome oder individuellen Hilfebedarf

IV. Schlussfolgerungen:

Die Auswertung der Basisdokumentation der Gemeindepsychiatrischen Verbünde im Landkreis Ravensburg und im Bodenseekreis konnte den Nachweis erbringen, dass forensische Patienten in das System der gemeindepsychiatrischen Angebote integriert werden können. In den letzten 10 Jahren musste kein in den GPV entlassener forensischer Patient wegen erheblicher Rückfalldelinquenz in den MRV zurückgeführt werden. Hierzu trägt seit April 2007 auch die Möglichkeit der befristeten Wiedereinsetzung der MRV-Unterbringung bei. Durch die damit mögliche Krisenintervention (§ 67 h StGB) kann die Integration in die Gemeinde zusätzlich zur Möglichkeit allgemeinpsychiatrischer Krankenhausaufenthalte unterstützt werden. Ein GPV, der sich auch für die forensischen Klienten verantwortlich fühlt, leistet – wie bereits Rosemann (2003) postuliert hat – eine wirksame Unterstützung forensischer Klienten in seinen Regelangeboten.

Die Angebote des gemeindepsychiatrischen Verbundes erweisen sich dabei als flexible und lernende Systeme. Durch die gemeinsame Versorgungsverpflichtung haben die Einrichtungen eine offene Perspektive und ziehen sich nicht auf die Belegung und den reibungslosen Ablauf ihrer eigenen Einrichtung zurück. Die grundsätzlichen Vorbehalte gegenüber der Integration forensischer Klienten, die auch in unserer Region in den Einrichtungen verbreitet war, können in einer solchen Atmosphäre angegangen und sukzessive abgebaut werden. Eine entscheidende Erfahrung dabei ist, dass mit den (vermeintlich) spezifischen Problemen der forensischen Klienten ebenso aktiv umgegangen werden kann wie mit Problemen nicht forensischer Klienten. Im Laufe der Zeit setzt sich in der Regel die Erkenntnis durch, dass die Probleme nicht spezifisch für die forensische Klientel sind.

Eine spezifische Qualifikation der Mitarbeiter in den Einrichtungen des GPV erscheint nicht notwendig. In den GPV der Region Bodensee-Oberschwaben verfügt kein Mitarbeiter über eine forensische Zusatzqualifikation. Der Anteil der Mitarbeiter mit sozialpsychiatrischer Zusatzqualifikation ist allerdings auch bei den pflegerischen Mitarbeitern relativ hoch. Der entscheidende Faktor für die erfolgreiche Integration ehemaliger forensischer Patienten scheint jedoch die schriftliche Vereinbarung der Träger im gemeindepsychiatrischen Verbund zu sein, diese Klientel nicht auszuschließen. Den adäquaten Umgang mit den Klienten erarbeiten sich die Teams angesichts der Vorgabe zur Versorgungsverpflichtung selbst. Bemerkenswert ist die gelegentliche Äußerung von Teammitgliedern, die ehemaligen forensischen Klienten seien besonders gut zu integrieren.

Spezielle Angebote, wie ein forensisch-spezifisches Nachsorgesetting, sind aufgrund der hiesigen Erfahrungen für die Integration in die Einrichtungen des GPV nicht zwingend erforderlich. Es ist daran zu erinnern, dass in der hiesigen Region zahlenmäßig die Eingliederung von Menschen mit Psychosen dabei ganz im Vordergrund steht. In anderen Regionen mit einem hohen Anteil an MRV-Patienten mit F6-Diagnosen können andere Notwendigkeiten bestehen. In jedem Fall wichtig sind folgende drei Voraussetzungen seitens der forensischen Klinik:
1. die Bereitschaft und das Vertrauen, den Klienten an die Einrichtungen des GPV abzugeben.
2. eine gute, auf Verhandlung mit dem Klienten basierende Vorbereitung und 3. die zeitnahe und unbürokratische Unterstützung der GPV-Einrichtungen beim Auftauchen von Problemen, bis hin zur Krisenintervention (wie oben beschrieben). Hinsichtlich diesem dritten Aspekt, aber auch der Beratung der GPV-Einrichtungen zum Umgang mit Aggressionsvorfällen und Risikoeinschätzungen, können forensische Ambulanzen einen entsprechenden Beitrag leisten.

Der Umgang mit forensischen Klienten setzt Lernprozesse bei den Einrichtungen in Gang, die sich konstruktiv auf die Betreuung nicht forensischer Klienten auswirken (vgl. auch Rosemann 2003). Offensichtlich hat die Integration ehemaliger forensischer Patienten einen deutlichen Effekt auf den professionelleren Umgang mit dem Thema Fremdaggression. Die insgesamt niedrige Rate an Fremdaggressionen in der Gesamterhebung ist ein Hinweis auf diesen Effekt. Noch gewichtiger ist die Tatsache, dass sich kein statistischer Zusammenhang in der Gesamterhebung zwischen aggressivem Verhalten und Klinikeinweisung zur Krisenintervention zeigt. Wissenschaftlich ist das mit unserer Erhebung zwar nicht nachweisbar, fallspezifisch bei der Besprechung von Einzelfällen drängt sich jedoch der Eindruck auf, dass das Thema Aggression bis zu einem gewissen Ausmaß als Phänomen betrachtet wird, mit dem der Mitarbeiter bzw. das Team umgehen kann. Gleichzeitig hat sich die Toleranz gegenüber körperlicher Gewalt seitens der Klienten eher verringert. D.h., den Klienten wird für deutliche Grenzüberschreitungen in diesem Bereich kein Krankheitsbonus mehr zugebilligt. Übergriffe werden entsprechend üblicher gesellschaftlicher Konvention zur Anzeige gebracht und dementsprechend strafrechtlich verfolgt.

Trotz dieser konsequenten Haltung ist der Anteil von Klienten, die aus Wohneinrichtungen der GPV in der Region Bodensee-Oberschwaben forensisch untergebracht werden, sehr gering. In den letzten fünf Jahren war es im Schnitt weniger als ein Klient pro Jahr. Das ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass mit einem differenzierten gemeindepsychiatrischen Angebot ein Beitrag zur Prävention der Straffälligkeit und damit einer Forensifizierung psychisch kranker Menschen geleistet wird. Der hohe Anteil von ehemals forensisch untergebrachten Patienten in der stationären Wohnversorgung muss dabei als eindeutiger Hinweis verstanden werden, dass eine intensive personelle Betreuung beim Übergang aus der forensischen Abteilung einen wesentlichen Anteil an der

Die Notwendigkeit stationärer Behandlung ist nicht gekoppelt an Fremdaggressionen, sondern eher an die Krankheitssymptome oder den individuellen Hilfebedarf des Klienten.

Forensische Patienten können in das System der gemeindepsychiatrischen Angebote integriert werden. Diese Angebote erweisen sich dabei als flexible und lernende Systeme..

erfolgreichen Integration in das gesellschaftliche Leben leistet. Dementsprechend dürfte auch bei der Prävention von Straffälligkeit die intensive personelle Betreuung entscheidend sein, auch wenn der Hilfebedarf nicht in erster Linie auf der Ebene der lebenspraktischen Fähigkeiten besteht.

Versorgungspolitisch wird durch die Angebote des GPV in Kombination mit direktiven Vorgaben seitens der Justiz in Form von Bewährungsauflagen zum Teil erstmalig ein stabiles Lebensumfeld für hochbelastete psychisch kranke Menschen geschaffen und zugleich der ethische Auftrag erfüllt, auch für diesen Personenkreis ein am Bedarf orientiertes Angebot bereit zu stellen.

Schließlich trägt die aktiv betriebene, konsequente Reintegration von MRV-Patienten in den GPV dazu bei, den justiziell veranlassten Freiheitsentzug zeitlich zu begrenzen und resultiert damit in moderaten durchschnittlichen Verweildauern in der MRV-Einrichtung. Dies zeigt sich auch in einer niedrigen Bettenmessziffer im Bundes- und Landesvergleich, verhindert, dass MRV-Einrichtungen zu „Lebensversickerungsanstalten“ (W. Rasch) werden und mildert die doppelte Stigmatisierung der Betroffenen als psychisch krank und Rechtsbrecher. ●

Anmerkung
1 Wir danken Erich Flammer und Peter Schmid für die spezifische Auswertung der GPV-Bado-Daten.

Literaturangaben; nachgefragt 28.6.

Gedenken der Opfer der NS-Psychiatrie – warum das auch heute noch wichtig ist

Rahmenprogramm zur Gedenkveranstaltung „Gleichstellung der Opfer jetzt“
3.–4.9.2010 in Berlin

Alljährlich gedenken Menschen mit Psychiatrieerfahrung, Angehörige und Tätige in der Psychiatrie der Verbrechen an Menschen mit psychischen Erkrankungen und geistigen Behinderungen in der Zeit des Nationalsozialismus. Dazu treffen wir uns jedes Jahr am ersten Samstag im September an der Stelle, an der einst die Zentrale der Täter gestanden hat in der Tiergartenstr. 4 in Berlin.

Die Verbände, die sich im Kontaktgespräch Psychiatrie organisiert haben, wollen mit einer Rahmenveranstaltung den Bogen spannen, der heute erforderlich ist, um zu verstehen, warum das Gedenken auch heute noch notwendig ist. Dazu gehören verschiedene Elemente: Erinnern, Wissen und Verstehen. Erfassen und Begreifen. Beziehen auf uns und heute. Dazu werden am 3. und 4. September vor der eigentlichen Gedenkstunde einige Veranstaltungen dienen.

Aus dem Programm:
Freitag, 3.9.2010,
Vorträge zur Geschichte der Psychiatrie im Nationalsozialismus und zur Bedeutung für psychiatrisch Tätige heute.
Kino Babylon, Film „Himmel und mehr“ von Alexandra Pohlmeyer über und mit Dorothea Buck.
Samstag, 4.9.2010,
Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik
Führung durch die Ausstellung „Totgeschwiegen“.
Gedenkveranstaltung unter dem Oberthema „Gleichstellung der Opfer jetzt“

Nähere Informationen mit dem vollständigen Programm und den Anmeldemöglichkeiten finden Sie auf den Internetseiten der Verbände sowie unter www.psychiatrie.de
Veranstalter: Kontaktgespräch Psychiatrie (Aktion Psychisch Kranke, AWO Bundesverband, BAG GPV, Bundesverband der Angehörigen, Bundsverband evangelische Behindertenhilfe, Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener, Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie, DV Gemeindepsychiatrie, Diakonisches Werk der EKD, Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Paritätischer Gesamtverband).

Mit Leib und Seele angekommen

4. Kongress für Transkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum.
9.–11.12.2010 in Düsseldorf

Informationen erhalten Sie über: DTPPP - Dachverband der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e.V.; www.dtppp.com oder per Email: info@dtppp.com

Einladung zur Mitarbeit im Arbeitsbereich: „Transkulturelle psychosoziale und therapeutische Versorgung“

Auf dem 3. Kongress Transkulturelle Psychiatrie vom 9.-11.09.2009 in Zürich hat sich der Arbeitsbereich „Transkulturelle psychosoziale und therapeutische Versorgung“ des Dachverbandes der Transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e.V. gebildet. Erste Ziele des Arbeitsbereiches sind, gemeindepsychiatrische und andere ambulante psychosozial und therapeutisch tätige Akteure mit besonderem transkulturellem Engagement überregional miteinander zu vernetzen, Erfahrungsaustausch zu organisieren und den zentralen Stellenwert lebensweltnaher Angebote in der Versorgung psychisch erkrankter Migranten hervorzuheben. Das nächste Treffen des Arbeitsbereiches ist für Dezember 2010 während des 4. Kongresses Transkulturelle Psychiatrie in Düsseldorf geplant.

Nähere Informationen:
Martin Vedder, Leiter des Fachbereiches (martin.vedder@ptv-solingen.de) und unter http://www.transkulturellepsychiatrie.de/Arbeitsbereiche/

Anti-Entstigmatisierung: Wunsch und Wirklichkeit

Fachtagung des LVPE Rheinland-Pfalz & Dr. von Ehrenwall´sche Klinik & Institut für Resilienz & Recovery
23.9.2010 in Bad Neuenahr,

Dr. von Ehrenwall´sche Klinik
Walporzheimer Str. 2
53474 Bad Neuenahr - Ahrweiler

Anmeldung bis 12.9.2010 unter
Email: f.j.wagner@gmx.net
oder Telefon 0651/1707967
Mehr Informationen über den Landesverband und die Tagung im Internet unter www.lvpe-rlp.de

Fortbildungen 2010

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP)

Angst?! Zum Umgang mit Angststörungen, Wolfgang Stinshoff, 3./4. 9. 2010 in Weimar

Zu wenig Supervision? Die Methode der kollegialen Beratung hilft, wenn nicht genügend Geld für Supervision da ist, Andrea Döring, 10./11. 9. 2010 in Bielefeld

Eigensinn und Psychose
Was wir von unbehandelten und unkooperativen Patienten und Patientinnen lernen können, Thomas Bock, 24./25. 9. 2010 in Bielefeld

Heime umbauen – Wandel gestalten, Joachim Speicher, 1./2. 10. 2010 in Berlin (Erkner)

(Auch) jenseits der Erwerbsarbeit ... Probleme und Chancen der beruflichen Integration, Karsten Groth, 8./9. 10. 2010 in Hannover

„Das Maß ist voll". Co-Abhängigkeit – die Verstrickung der Bezugspersonen, Ulla Schmalz, 15./16. 10. 2010 in Weimar

Entspannung und Meditation in der sozialpsychiatrischen Arbeit, Irina Ludwig, 18./19. 10. 2010 in Freiburg i. Br.

Psychische Erkrankung und Drogenmissbrauch. Über den schwierigen Umgang mit komorbiden jungen Drogenkonsumenten. Michael Büge, 29./30. 10. 2010 in Bielefeld

Forensik – ein Buch mit sieben Siegeln. Was tun mit psychisch kranken Straftätern? Friedhelm Schmidt-Quernheim, 5./6. 11. 2010 in Frankfurt am Main

Die Wahrheit hat viele Seiten. Systemisches Arbeiten in der Psychiatrie – eine Einführung, Karsten Groth, 12./13. 11. 2010 in Weimar

„Was Sie schon immer über Psychotherapie wissen wollten ...", Matthias Kriesel, 12./13. 11. 2010 in Hamburg
Informationen über die Veranstaltungen finden Sie im Internet unter: www.psychiatrie.de.
Das ausführliche Programmheft ist erhältlich bei der DGSP-Geschäftsstelle, Zeltinger Str. 9
50969 Köln, Tel.: (02 21) 51 10 02
Fax: (02 21) 52 99 03
Email: dgsp@netcologne.de

Bundesfachakademie Bufa / GFO Region Nord

Krisenintervention in der Sozialpsychiatrie. Handlungsstrategien f. d. Umgang m. psychotischen, suizidalen Krisen, Änderungskrisen (Life Events), traumatischen Krisen, 06.-08.09.2010, Steinfurt

„So haben wir uns das nicht vorgestellt" – Systemisches Arbeiten mit den Angehörigen psychisch erkrankter Menschen im Trialog
09.-10.09.2010, Steinfurt

Psychische Erkrankung bei Menschen mit geistiger Behinderung
13.-15.09.2010, Steinfurt

Depressionen und Traumafolgen bei Menschen mit geistiger Behinderung
16.-17.09.2010 Steinfurt

„Geprüfte Fachkraft zur Arbeits- und Berufsförderung in Werkstätten für Menschen mit Behinderung" b zw. „Sonderpädagogische Zusatzqualifikation" 2010 – 2012 (Teil 1), 20.-24.09.2010, Münster

Angststörungen und Zwänge bei Menschen mit geistiger Behinderung
27.-28.09.2010, Steinfurt

„Stress ade!" Wirksame Wege zur Entspannung
Stress macht krank – ein Seminar zum effektiven Umgang mit der eigenen Energie!
29.-30.09.2010, Steinfurt

Krisen (in) der Adoleszenz – Wege zum Verständnis psychischer Erkrankung junger Erwachsener
07.-08.10.2010, Leinfelden-Echterdingen

Verstehende Zugänge im Umgang mit Demenz
18.-19.10.2010, Leinfelden-Echterdingen

Erfolgreicher Umgang mit psychischen Belastungen in helfenden Berufen
18.-21.10.2010, Steinfurt

„Alles auf einmal!" - Kommunikationszentrale: Sekretariat
Fortbildung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Verwaltung, in Sekretariaten etc.
02.-05.11.2010, Steinfurt

„Keine Lust auf Arbeit? Faul?" – Motivation und psychische Erkrankung – Herausforderungen im Arbeitsalltag der Fachkräfte in WfbM
01.-03.12.2010, Steinfurt

Behandlung oder Unterstützung von Menschen mit Psychose-, Borderline-Problematik und frühnarzisstischen Störungen mit nonverbalen Mitteln
06.-10.12.2010, Steinfurt

Information zu Veranstaltungen der Bufa/GFO Region Nord
Friesenring 32/34,48147 Münster
Tel. 0251 / 27 09 396, Fax 0251 / 27 09 398, Email: nord@bufa-gfo.de, www.bufa-gfo.de

Bundesfachakademie Bufa/GFO Region Ost

Psychisch krank und suchtkrank – eine Herausforderung für die Hilfesysteme
23.-24.09.2010, Berlin

FH dD
Fachhochschule der Diakonie

»Hier kann ich richtig durchstarten.«

Unser Studienangebot
- Management
- Mentoring
- Soziale Arbeit und Diakonik
- Heilpädagogik

Ob grundständig oder **berufsbegleitend**es Studium:
Hohe Qualität des Studiums und volle Zufriedenheit der Studierenden - ist unsere Maxime.

Wir bieten:
- persönliche Betreuung und Beratung zur individuellen Studienorganisation sowie zu Ihrer persönlichen Laufbahnplanung.
- ein offenes und wertschätzendes Lernklima

Wir gestalten unsere Studienangebote mit Blick auf die Entwicklungen im Sozial- und Gesundheitswesen, in Europa und auf dem internationalen Markt.

Wir ermöglichen eine Verbindung von Berufstätigkeit und Studium:
- Präsenzveranstaltungen im Block
- Lernen über Internet-Lernplattform
- Regionale Lerngruppen
- In den Beruf integrierte Praxisaufgaben

www.fh-diakonie.de

Im Team besser arbeiten und lernen mit TZI
06.-08.10.2010, Berlin

Habe ich den Konflikt oder hat mich der Konflikt? Konflikte als Entwicklungspotential nutzen
07.-10.10.2010, Berlin

Erkenntnisse und Erfahrungen aus Prozessen Interkultureller Öffnung
27.-29.10.2010, Berlin

Führen im Konflikt – mediative Kompetenz für Leitungskräfte
04.-07.11.2010, Berlin

Trauma und Sucht
08.-11.11.2010, Oerlinghausen

Wer Sorgen hat, hat auch Likör – Suchtprobleme bei alten Menschen, 22.-24.11.2010, Berlin

Beraten – themenzentriert und interaktionell
24.-28.11.2010, Berlin

Information zu Veranstaltungen der Bufa/GFO Berlin: Heinrich-Mann-Str. 29, 13156 Berlin
Tel. 030 / 49 76 04 58, Fax 030 / 49 91 69 14, Email: ost@bufa-gfo.de

Bundesfachakademie Bufa/GFO Region Süd

Systemisches Handeln im sozialpsychiatrischen Alltag
Grundhaltungen – Gesprächsführung – Interaktionen
20.-22.09.2010, Leinfelden-Echterdingen
In Kooperation mit der Evang. Gesellschaft Stuttgart

SHIATSU – heilsame Berührung – Aktivierung – Ausgleich – Entspannung
22.-24.09.2010, Rothenburg o.d.T.

Angst vor Ausbrennen? – Mut zum Erneuern!
Erkennen von Burnout und richtiger Umgang mit innerer Erschöpfung, 27.09.-01.10.2010, Rothenburg o.d.T.

Psychologische Unterstützung bei Krisen – Trauma-Erstausbildung
30.09.-01.10.2010, Leinfelden-Echterdingen

Interventionen in Krise(n)
Systemische Reflexionen, Haltungen und Handlungsansätze in sozialpsychiatrischen Kontexten
08.-10.11.2010, Leinfelden-Echterdingen, In Kooperation mit der Evang. Gesellschaft Stuttgart

Stille Tage – zur Einführung in die christliche Kontemplation
11.-15.10.2010, Hösbach

Ein Team führen – Teams entwickeln im Bereich der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie
20.-22.10.2010, Löwenstein

Einführung in das Handlungskonzept des Case-Management
Paradigmenwechsel und notwendige Konsequenzen für die Neugestaltung der Rolle der Assistentin/des Assistenten
03.-05.11.2010, Schwarzach a.M.

Kommunikation unter dem Fokus von Wertschätzung, Aufmerksamkeit, Einfühlung und Ergebnisorientierung
24.-26.11.2010, Rothenburg o.d.T.

Informationen und Anmeldung:
Bufa/GFO Region Süd, Sudetenweg 92, 74523 Schwäbisch Hall
Telefon: 07 91- 50 02 82
Telefax: 07 91 – 50 03 00
Email : sued@bufa-gfo.de
www.bufa-gfo.de

Anmeldung zu Veranstaltungen der Bufa/GFO Nord / Ost:
online unter: www.bufa-gfo.de
oder Zentrale Veranstaltungsorganisation der Diakonischen Akademien Bufa/BAKD/FAKD
Heinrich-Mann-Str. 29, 13156 Berlin, Telefon: 030 – 488 37 488
Fax: 030 – 488 37 300
E-Mail: info@bundesakademie-kd.de