

Systemische Akutpsychiatrie :

Ein Werkstattbericht^{1,2,3,4}

Jochen Schweitzer; Elisabeth Nicolai, Daniela Engelbrecht, Dieter Schmitz ⁴

Abstract:

Wir beschreiben in diesem Werkstattbericht wichtige Teile der klinischen Praxis systemtherapeutischer Akutpsychiatrie, wie wir sie im Forschungsprojekt SYMPA (Systemtherapeutische Methoden psychiatrischer Akutversorgung) entwickelt haben und seit September 2004 in drei psychiatrischen Krankenhäusern in Gummersbach, Paderborn und Wunstorf praktizieren. Der Fokus dieses Artikels liegt auf (1) einer reflexiven, gut strukturierten Kultur von Fallbesprechungen, an denen die Patienten selbst teilnehmen können; (2) einem systemisch inspiriertes Verhandeln über die Behandlung, die Medikation, die Diagnose und den Entlassbrief.

Keywords: Akutpsychiatrie; systemische Therapie; Fallbesprechungen; Verhandlungskultur

¹ Erscheint in Psychotherapie im Dialog im Themenheft 3/2005 "Psychiatrie und Psychotherapie", hrsg. von Ulrich Streeck und Wolfgang Senf.

² Der Artikel basiert auf dem „Handbuch Systemische Akutpsychiatrie“, das auf den sechs SYMPA-Projektstationen in den Psychiatrischen Kliniken Wunstorf, Paderborn und Gummersbach seit September 2004 zur Grundlage des Stationskonzeptes geworden ist. An seiner Entstehung haben die 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmer der kliniks- und berufsgruppenübergreifenden SYMPA-Weiterbildung gemeinsam mit den drei Trainerinnen Elisabeth Nicolai, Ulrike Borst und Jochen Schweitzer gearbeitet. Wir danken der Stiftung Bildung und Behindertenförderung und den systemtherapeutischen Dachverbänden SG und DGSF für die Förderung des SYMPA-Projektes. Das Handbuch ist im Detail auf der Projekthomepage einzusehen: www.sympa.uni-hd.de

³ Wir verwenden in diesem Aufsatz abwechselnd die männliche und weibliche Form – so wie unsere Kollegen und unsere Patienten manchmal Frauen und manchmal Männer sind.

⁴ An den Falldarstellungen haben Ramona Kube, Christine Oertzen und Monika Wintrich mitgewirkt

System- und familientherapeutische Konzepte in der Psychiatrie: Vom Behandlungszusatz zur Behandlungsbasis

In der familienorientierten Behandlung schwerer psychiatrischer Störungen haben neben psychoedukativen Arbeitsweisen (Hornung 2002, Bäuml, Pitschl-Walz u.a. 2003) besonders systemtherapeutische Vorgehensweisen Verbreitung gefunden.

Sie gründen sich auf ein system- und kommunikationstheretisches Verständnis psychiatrischer Symptome (Schweitzer u Schumacher 1995, Retzer 2004). Sie versuchen im kollaborativen Dialog oder besser: „Multilog“ (Keller 2002, Seikkula u. Olson 2003, Aderhold u.a. 2003) mit Patient, Angehörigen und anderen wichtigen Beteiligten, schwer verständliches psychiatrisch auffälliges Verhalten aus dessen Einbindung in die Beziehungssituation des Patienten verstehbar zu machen und aus diesem Verständnis neue Lösungen zu entwickeln. Sie nutzen eher das im sozialen System des Patienten vorhandene Wissen über Verschlimmerungs- und Verbesserungsmöglichkeiten, als dass sie externe Fachinformation einspeisen. Sie informieren und trainieren weniger, fragen mehr und versuchen mehr zu verstehen. Sie streben eher individuell maßgeschneiderte denn vordefinierte Bewältigungsstrategien an. Der Blick auf Kompetenzen, die positive Konnotation von auch zunächst unverständlichem Verhalten, die Wiedereinführung des Patienten in die familiäre Kommunikation, die Förderung von Neugier und Gelassenheit bei allen Beteiligten sind wichtige Ziele.

Zu systemtherapeutischen Interventionen besonders bei psychotischen Patienten liegen Studien mit Kontrollgruppen aus ambulanten (de Giacomo u.a.1997) und stationären Settings (Bertgen u.a. 1991,) sowie zur Krisenintervention vor fraglicher Klinikaufnahme vor (Seikkula et al. 2004 und in press) vor, ferner eine Reihe ermunternder Ergebnisqualitätsstudien ohne Kontrollgruppe (Retzer 1994, Schweitzer u Schumacher 1995, Grünwald u. Massenbach 1999, Zander u.a. 2001). Diese zeigen verminderte Erst- oder Wiederaufnahmeraten bei besserer sozialer Integration.

Für den stationär-psychiatrischen Alltag haben systemische Behandlungsansätze allerdings vorwiegend noch den Charakter eines „Zusatzes“, ohne das basale Alltagsgeschäft psychiatrischer Versorgung entscheidend zu prägen. In einem früheren Projekt „Systemische Organisationsentwicklung in psychiatrischen Einrichtungen“ fanden wir (Schweitzer, Nicolai und Hirschenberger 2005) bei vielen Klinikbesuchen zahlreiche interessante und bewährte systemtherapeutische Praktiken vor, die sich aber nur selten zu einem Gesamtkonzept der Behandlungseinrichtung integrierten (zu Ausnahmen siehe u.a. Rotthaus 1998, Moser 2001, Scholz u.a. 2002, Aderhold u Gottwalz 2002).

Das möchten wir ändern. Wir arbeiten daran, systemtherapeutisch-familienorientiertes Denken von einem Behandlungszusatz zu einem Kernprinzip stationärer Psychiatrie zu machen, das die ganze Breite psychiatrischer Alltagstätigkeiten prägt: vom Aufnahmegespräch bis zum Entlassbrief, von der Visite bis zur Patientengruppe, von der Diagnose bis zur Medikation, von der Psychotherapie bis zur Zwangsbehandlung.

SYMPA – Ein Forschungsprojekt, eine Weiterbildung, eine klinische Praxis

SYMPA („Systemtherapeutische Methoden psychiatrischer Akutbehandlung - Schweitzer u. Grünwald 2003) ist ein praxisorientiertes Forschungsprojekt. Es findet von 2002 bis 2006 in drei Abteilungen psychiatrischer Krankenhäuser auf sechs Projekt- und zwei Kontrollstationen statt.

Teilnehmende Klinikbereiche sind die Abteilungen für Allgemeinpsychiatrie der psychiatrischen Kliniken in Gummersbach bei Köln, in Paderborn, in Wunstorf bei Hannover. Die Forschergruppen sitzen im Universitätsklinikum Heidelberg, an der Evangelischen Fachhochschule Ludwigsburg, und in der Hochschule für Angewandte Psychologie Zürich. Die Weiterbildung wurde entsprechend der Trainingsphilosophie des Heidelberger Helm Stierlin Institut entwickelt und von Elisabeth Nicolai, Ulrike Borst (Gastdozentin vom Meilen/Zürcher Institut) und Jochen Schweitzer durchgeführt. Finanziell wird SYMPA von der Stiftung für Bildung und Behindertenförderung, Stuttgart und den systemtherapeutischen Dachgesellschaften SG und DGSF unterstützt.

Im SYMPA-Projekt ist diese zwischen September 2003 bis April 2005 stattfindende Weiterbildung eingebunden in eine sorgfältige Ergebnisforschung an über 400 Behandlungsepisoden (Schweitzer und Grünwald 2003) zu den Behandlungsergebnissen der Patienten sowie zu möglichen „Nebenwirkungen“ für die nächsten Angehörigen und für das Behandlersteam.

Die Weiterbildung ist berufsgruppenübergreifend und kliniksübergreifend angelegt. Sie umfasst 6 Kursblöcke von je 3 Tagen Dauer, zusammen also 18 Tage systemische Weiterbildung für alle im Projekt beteiligten Stationen. An ihr nehmen komplette Stationsteams von 12-20 Mitarbeitern teil, zusammen etwa 100 Teilnehmer - zu 80% aus der Pflege, ferner die Ober- und StationsärztInnen sowie die ErgotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen und PsychologInnen. (Zur genauen Beschreibung der Weiterbildung siehe www.sympa.uni-hd.de)

Das SYMPA-Handbuch – ein gemeinsamer Rahmen für akutpsychiatrische Behandlungsteams

In Interaktion zwischen den Weiterbildungsinhalten und dem Erfahrungsschatz der Klinikmitarbeiter entwickelten wir das „SYMPA-Handbuch“. Seit Oktober 2004 wird danach gearbeitet. Das SYMPA-Handbuch enthält diejenigen Praktiken, die uns derzeit als klinisch sinnvoll, zeitlich machbar und konsensfähig erschienen. Ihre Rezeption und Bewährung wollen wir bis 2006 empirisch überprüfen. Das Inhaltsverzeichnis listet alle klinischen Vorgehensweisen auf (Abb.1). Jede einzelne Vorgehensweise ist nach „Ziel“, „Äußerer Rahmen“ und „Methodisches Vorgehen“ auf meist einer Seite des Handbuches beschrieben. Das Handbuch liegt im Stationszimmer an einem leicht erreichbaren Platz.

Das Handbuch ist ein Manual - in Klinikteams mit 8-15 MitarbeiterInnen und Personalfuktuation unerlässlich als gemeinsame Basis. Es beschreibt, was getan werden soll, warum und wie. Es gibt nicht den genauen Zeitpunkt jeder Intervention vor. Es schreibt auch nicht vor, dass jede Intervention mit jedem Patienten gemacht werden soll. Das würde der situations- und bedürfnisorientierten systemtherapeutischen Arbeitsweise widersprechen. Es wäre auch personell nicht machbar. – die Projektstationen müssen mit gleichbleibenden oder schrumpfenden Mitarbeiterzahlen arbeiten. Wir haben daher im Handbuch ein SYMPA-Grundprogramm und SYMPA Plusprogramm unterschieden (Abb. 2). Was im SYMPA-Grundprogramm steht, soll mit möglichst allen Patienten gemacht werden, die länger als fünf Tage im Krankenhaus bleiben. Was im SYMPA-Plusprogramm steht, soll nur in besonders indizierten Behandlungssituationen gemacht werden.

Im folgenden greifen wir einige Elemente des SYMPA-Handbuches heraus, beschreiben sie und illustrieren sie mit kurzen Fallvignetten. Aus Platzgründen lassen wir dabei die eher

„klassischen“, den Lesern von PID besser vertrauten Settings systemisch-psychiatrischen Arbeitens außen vor (Genogrammarbeit, systemische Einzel- und Familientherapiegespräche, systemische Gruppentherapie und Angehörigenvisiten) und konzentrieren uns auf neuere Entwicklungen der systemischen Fallbesprechungskultur und des Verhandeln mit Patienten über kritische Behandlungsentscheidungen in der Akutpsychiatrie.

Patientenbezogene systemische Intervision

Da eine externe systemische Supervision aus Kostengründen oft nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung steht, haben wir ein „Do-it-Yourself-Konzept“ für systemische Fallbesprechungen im Kollegenkreis auch ohne externen Supervisor entwickelt. Das Vorgehen sieht so aus:

1. Ein Teammitglied wird als ModeratorIn ausgewählt. Sie sammelt die zu klärenden Fragen, gewährleistet, dass man am Thema bleibt und achtet mit Blick auf die Uhr darauf, dass in der verfügbaren Besprechungszeit eine Antwort auf die Fragen gefunden wird.
2. Das mit der PatientIn bestvertraute Teammitglied schildert die aktuellen Probleme, deren sozialen Kontext und welche Lösungsversuche bislang mit welchem Ergebnis gemacht wurden. Die anderen Teammitglieder fragen nach allen Informationen, die ihnen zu einem ersten Problemverständnis noch fehlen.
3. Eine erste Hypothesenrunde des gesamten Teams sammelt Ideen zu einem systemischen Verständnis der aktuellen Probleme: „Wie tragen die Ideen und Handlungen der verschiedenen Beteiligten (z.B. Patient, Angehörige, gesetzliche Betreuer, Arbeitgeber, Überweiser, Klinikmitarbeiter) bislang zur Aufrechterhaltung der Probleme bei? Was sind die positiven Nebenwirkungen der unangenehmen Probleme? Welche Tendenzen stehen einer Problemlösung im Wege?“
4. ModeratorIn und FallvorstellerIn werten aus, was sie von den geäußerten Ideen als „Treffer“ und was als „Niete“ im Blick auf die anfängliche Frage bewerten, und zu welchen „Treffern“ sie konkrete Ideen entwickeln wollen.
5. Eine zweite Brainstormingrunde des gesamten Teams sammelt konkrete Lösungsideen für die Arbeit der Station in den nächsten Tagen und Wochen.
6. In einer Abschlussbilanz wird festgehalten, was davon konkret von wem wann umgesetzt wird.

Angestrebt wird dabei eine Besprechungskultur, die die Wünsche und Aufträge des Patienten auch dort ernst nimmt, wo sie der Behandlungsphilosophie des Teams widersprechen; die neben seiner Plus- und/oder Minussymptomatik auch auf seine (evtl. sehr verschütteten) Ressourcen zur Problemlösung achtet; die eine positive Umdeutung seiner Symptome im Beziehungskontext versucht; die durch hypothetisches und ergebnisoffenes „zirkuläres Spekulieren“ die Zahl nützlicher Problemlösungsideen vergrößert.

Die Team-Intervision konzentriert sich auf einzelne, besonders schwierige Patienten und findet zu einer festgelegten Zeit möglichst zweimal pro Monat statt - neben den laufenden Teambesprechungen und Übergaben, die der Alltagskoordination dienen. Anfangs ist dieses Vorgehen unvertraut. Mit zunehmender Routine wächst die Kompetenz der Teammitglieder zu solch strukturierten Intervisionen recht schnell.

Patienten als Teamsupervisoren

Die therapeutische Wirksamkeit dieser Intervisionen kann gestärkt werden, wenn der Patient als zuhörender Beobachter zu Intervisionen, bei denen es um ihn geht, eingeladen wird.

Das Team übt sich dabei zwangsläufig, bedingt durch die Anwesenheit des Patienten, in einer stärker ressourcen- und lösungsorientierten Denk- und Sprechweise und erhält durch den Patienten quasi kostenlose Supervision - bringt aber dennoch kritische Themen wertschätzend zur Sprache. Für den Patienten wird Transparenz („Durchblick“) geschaffen darüber, was warum mit ihm gemacht wird; er kann es durch seine Kommentare auch beeinflussen.

Jeder Patient sollte während seiner Behandlungszeit wenigstens einmal bei einer ihn betreffenden Fallbesprechung dabei sein. Er bringt sich eine Vertrauensperson (Mitpatient, Betreuer, Angehöriger) mit oder wird von seinem Bezugspfleger/ Bezugstherapeuten begleitet, der während der Besprechung neben ihm sitzt und im Beunruhigungsfalle unterstützt.

Der Ablauf sieht etwa so aus:

1. Der Gesprächsmoderator begrüßt den Patienten, erfragt auch eventuelle Fragen, mit denen dieser heute gekommen ist.
2. Die Mitarbeiter sprechen über den anwesenden Patienten, der seitwärts sitzend zuhört ohne einzugreifen. Sie schätzen seine derzeitige gesundheitliche und Lebenssituation und seine Behandlungsentwicklung allgemein oder bezogen auf ein spezielles Thema ein. Sie tauschen in einer ressourcenorientierten Sprache ihre Eindrücke aus über die Fragen: „Was läuft gut? Was sorgt für Verwunderung und müsste näher besprochen werden? Wofür könnte, was derzeit als schwierig erlebt wird, gut sein?“
3. Der Patient und sein Begleiter tauschen sich im Sinne eines Reflecting Teams über das Gehörte aus: Wo hat das Team den Patienten richtig verstanden und wo „irrt“ es sich? Welche Behandlungsversuche hat der Patient bislang als nützlich, welche als eher nutzlos erlebt? Was sollte das Team mit ihm künftig mehr und was weniger machen?
4. Falls es nach dem Hinausgehen des Patienten aus der Besprechung noch konkrete Verabredungen als Ergebnis der Besprechung gibt, wird dieses aufgeschrieben und dem Patienten gezeigt.

Fall 1: Frau E supervidiert das Team und handelt im Kooperationsgespräch neue Vereinbarungen aus

Frau E. ist eine alleinstehende Frau um die 40 Jahre alt, nahezu ohne soziale Kontakte und mit Stellen des Rentenantrages auch ohne zeitnahe berufliche Perspektive.

Sie wurde kurz vor Weihnachten von den besorgten Kollegen der Tagesklinik wegen akuter Eigengefährdung zu unserer Station zurückbegleitet. Insgesamt blickte die Patientin auf eine Krankheitsepisode von über einem Jahr zurück mit kontinuierlicher voll- und teilstationärer Behandlung. Das Genogramm erbrachte die Information, dass sich bereits drei Familienmitglieder in den letzten Jahren suizidiert hatten und dies vor dem Hintergrund einer sehr invalidierenden Familienstruktur mit bis in die Gegenwart hineinreichenden angespannten Beziehungen. Die Patientin erlebte sich über eine lange Zeit depressiv und resigniert mit enormem Anspannungsgefühl, den ständig vorhandenen Suizidgedanken nachkommen zu müssen. Freiräume, selbst den Blick auf die teilweise offene Tür lösten ein Verlangen aus, zu flüchten und ihr Leben zu beenden. Auf Station auch in unmittelbarer Nähe der Stationsmitarbeiter kam es zu parasuizidalen Handlungen. Somit war die Entscheidung einer Ausgangserweiterung immer geprägt von der Sorge um das Leben der Patientin und dem Wunsch nach Fortschritt der Behandlung und Normalität – und dies sowohl von Seiten der Patientin selbst als auch von den Teammitgliedern.

Die Patientin wurde in eine Teamsitzung eingeladen, um gemeinsam diese schwierige Entscheidung zu verhandeln. Sie hörte aufmerksam zu, fühlte sich verstanden und gut

unterstützt, weil sie ihre Gedanken und Bedenken durch die einzelnen Teammitglieder wiedergegeben hörte. Das, was ihr schwer fiel, selbst derzeit in Worte zu fassen, wurde vorformuliert. Weiterhin wurden in dem Gespräch aber auch Ressourcen wieder erinnert und vorherige nützliche Strategien zusammengetragen. Die Vielfalt der einzelnen Beiträge – anders als die Einzeleindrücke in den Bezugspersonengesprächen - schaffte bei der Patientin aber auch bei den Teammitarbeitern ein Klima der Offenheit, des Vertrauens und des Zutrauens. Neue Absprachen konnten verhandelt und schriftlich fixiert werden.

Der weitere Verlauf war zwar nicht unproblematisch, aber tendenziell zunehmend geprägt von dem Wiedererlangen ihrer Eigenverantwortung. Mit pro und contra Listen entschied sie sich zum Beispiel für eine neue Wohnperspektive. Dies konnte die Patientin in einem Kooperationsgespräch mit der Betreuerin, Mitarbeitern des vorherigen Betreuten Wohnens und des Wohnverbundes sowie Bezugspersonen des Team – inzwischen an solche großen Runden gewöhnt – deutlich formulieren und die einbezogenen Nachbehandler der komplementären Dienste von ihrem Vorhaben überzeugen, so dass damit die Entlassungsvorbereitungen initiiert wurden.

Systemische Therapiezielplanung: Auftragsklärung, gemeinsames Fallverständnis, systemorientiertes Behandlungsangebot

Wir gehen davon aus, dass die Patientinnen selbst Experten für die Lösung ihrer Probleme und deshalb auch wichtige Mit-Gestalter ihrer Therapiezielplanung sind. Ähnliches gilt abgeschwächt oft auch für Angehörige, andere nahe stehende Menschen und wichtige externe Vor- und Mitbehandler. Ihre Behandlungswünsche sollen erkundet und soweit möglich genutzt werden (Auftragsklärung). Mit ihnen soll ein gemeinsames Verständnis entwickelt werden, wie die Patientin in die psychiatrische Krise geriet und was ihm wieder heraushelfen könnte (gemeinsames Fallverständnis). Aus Auftragsklärung und gemeinsamem Fallverständnis heraus werden diejenigen Behandlungselemente ausgewählt, die zu einer Verbesserung der systemischen Situation der Patientin hilfreich sind (systemorientiertes Behandlungsangebot). Eine Haltung der Neugier auf die soziale Situation der Patientin, der weitestmöglichen Neutralität gegenüber verschiedenen Lebenskonzepten sowie des Nicht-Wissens, was für die Patientin „das Beste ist“, liegen diesem Vorgehen zugrunde.

Mit jeder Patientin - soweit möglich auch mit Angehörigen - wird nicht auf einmal, sondern in mehreren Schritten bei Behandlungsbeginn (beim Erheben des Genogramms, im systemischen Einzelgespräch, im Familiengespräch) eine Auftragsklärung gemacht und am Ende dieser Anfangsphase ein gemeinsames Fallverständnis formuliert, daraus eine Therapiezielvereinbarung getroffen und schriftlich festgehalten.

Jeder Patientin werden die Behandlungsangebote vorgestellt: was ist obligat, was ist abwählbar? Zu letzterem kann sie äußern, was davon sie machen möchte.

Wichtige Fragen zur Auftragsklärung sind:

- *Wer* ist alles Auftraggeber der Behandlung und wer nicht: Die Patientin selbst? Der Angehörige? Die Hausärztin? Das Gericht?
- *Was* genau aus dem Sortiment möglicher stationärer Behandlungsmöglichkeiten wird gewünscht?: Medikamente? Psychotherapie? Krankschreibung, Asyl, Refugium? „Hotel Psychiatrie“? Kontakt mit Menschen in ähnlicher Lage?
- *Wann?*: Wie lange soll der Aufenthalt gehen? Ist die Zeit reif für Veränderungen? Oder ist es dafür noch zu früh oder schon zu spät?
- *Wie viele* und wie intensive Intervention wünschen sich die verschiedenen Auftraggeberinnen?
- *Wofür und wogegen* sollen die gewünschten Ergebnisse des stationären Aufenthaltes genutzt werden?

Wichtige Fragen zum gemeinsamen Fallverständnis sind:

- In welcher systemischen Konstellation ist die Patientin einerseits in die aktuelle psychiatrische Krise, andererseits in das Krankenhaus hineingeraten?
- Was könnte jede beteiligte Partei - zumindest: die Patientin, Angehörige, die Stationenbeitragen, damit die Patientin aus dieser Krise wieder herauskommt?)

Wichtige Regeln zur Vereinbarung der Therapieziele sind:

- Sie sollten aus der Ich-Perspektive der Patientin formuliert sein: welche Ziele sieht sie? Ziele, die die Behandler vorschlagen, werden nur vereinbart, wenn die Patientin sie sich zueigen macht.
- Ziele sollen positiv formuliert, möglichst genau und konkret definiert und in der Sprache der Patientin formuliert sein, sinnlich wahrnehmbar und aus eigenen Mitteln erreichbar.
- Die Ziele werden nach ihrer Wichtigkeit geordnet, die wichtigsten vorrangig bearbeitet.
- Ziele wandeln sich: sie werden zunächst für die ersten 14 Tage formuliert, dann wird eine Zwischen-Bilanz gezogen, im weiteren Verlauf werden sie ca. wöchentlich mit der Patientin überprüft.
- Sie werden in sehr kurzer Form aufgeschrieben (max. 1 Seite), in einer für Ärzte und Pflege gemeinsamen Akte zwecks Vermeidung von Doppel-Dokumentation. Der Patient unterschreibt und bekommt eine Kopie

Fall 2: Frau G verhandelt mit bei ihrer Behandlungsplanung und unterschreibt sie

Frau G. kam eigeninitiativ zur Station, um mit ihrer Bezugspflegekraft sprechen zu wollen. Obwohl die Patientin klar über einen erheblichen Selbstverletzungsdruck berichtete und eine resignative Stimmung mit drängenden Suizidgedanken beschrieb, haderte sie mit einem erneuten stationären Aufenthalt. Einerseits wollte sie lieber in ihrer Wohnung trotz der erheblichen Spannungen mit ihrer Mitbewohnerin bleiben, um unbeobachtet den Selbstverletzungen nachkommen und endlich den unerträglichen Druck loswerden zu können, andererseits spürte sie deutlich ihre Lebensgefahr dabei und suchte stationäre Hilfe.

Vor diesem Hintergrund der akuten Suizidalität war es natürlich für uns schwierig, eine Haltung der Neutralität zu wahren, aber auf der Basis der durch mehrere Behandlungsepisoden gewachsenen, guten therapeutischen Beziehung zu ihrer Bezugspflegekraft konnten Vereinbarungen verhandelt werden. In der Pflege- und Behandlungsplanung wurden erreichbare Ziele benannt und Absprachen getroffen. Dabei wurde die Patientin partnerschaftlich miteinbezogen, sie formulierte die Maßnahmen mit und griff auf bereits erfolgreich erlebte Strategien zurück. Diese waren so tragfähig, dass die Patientin trotz der Eigengefährdung Ausgänge nutzen und Freiräume sich ermöglichen

konnte. Auch konnte sie die berufliche Reha fortsetzen, um nicht auch noch diese wichtige Perspektive zu verlieren.

Diese Behandlungsplanung wurde wöchentlich hervorgeholt, neu reflektiert, gelungene und angewandte Strategien lobend hervorgehoben. Aber insbesondere wurden damit Behandlungsabbrüchen vorgebeugt, weil sich die Patientin mit ihrer Mitarbeit und Unterschrift selbst in die Pflicht genommen hatte. Insbesondere dies war für sie wichtig, weil sie ihre Eigenverantwortung behielt und der phantasierten und befürchteten Macht der Professionellen, z.B. mit einem PsychKG zu reagieren, weniger Raum gab und die für sie wichtige Kontrolle über den Behandlungsverlauf behielt. Auch entlasteten die schriftlichen Aufzeichnungen das gesamte Team, weil bei Abwesenheit der Bezugspersonen andere Ansprechpartner auf die Dokumentation und die Vereinbarungen zurückgreifen konnten.

Verhandeln über die Medikation

Schon immer verhandeln Ärzte mit ihren Patienten über Medikation – meist nach pharmakologischen Kriterien wie Bekömmlichkeit, Nebenwirkungen, Symptomreduktion. Das Besondere bei SYMPA ist, dass hier auch nach sozialsystemischen Kriterien über die Medikamenteneinnahme verhandelt wird: über die Auswirkungen der Einnahme oder Nichteinnahme, oder von höheren oder niedrigeren Dosen auf die Beziehungen der Patientin auf Station, in der Familie, in der Arbeit, im Freundeskreis, zum Hausarzt etc. Ziel ist, dass die Patientin ihren eigenen Einfluss auf Medikamentenentscheidungen bewusster wahrnimmt und in der Folge bewusster zu beeinflussen lernt. Dazu hilft es, die meist unbewussten sozialen Indikationen der Medikationsentscheidung zu verdeutlichen: wem zuliebe oder wem zum Trotz nimmt die Patientin ein Medikament ein oder nicht?

Die typische Praxis des Medikamente-Verhandelns sieht, nachdem eine medizinische Indikation positiv festgestellt ist, so aus:

1. Die zwischenmenschlichen Aspekte der Medikation werden erkundet durch zirkuläre Fragen nach den Reaktionen der Bezugspersonen („Was würde Ihre Frau tun, wenn Sie nach Entlassung Ihre Medikamente sofort absetzen würden?“), nach den Reaktionen des Patienten auf diese Reaktionen („Wenn Ihre Frau Ihnen dann mit Scheidung drohen würde – würden Sie das Haldol dann doch wieder einnehmen?“), und nach möglichen Variationen der bisherigen Beziehungsmuster rund um die Medikamenteneinnahme („Angenommen, wir fänden ein neurologisch nebenwirkungsärmeres Medikament, mit dem Sie optisch weniger auffallen – würden Sie das Ihrer Frau zuliebe einnehmen?“).
2. Die Station, in aller Regel die Ärztin, macht dem Patienten zunächst klar, welche zwangsläufigen Reaktionen beim Behandlersteam unterschiedliche Patientenentscheidung wie die Einnahme, die Verweigerung, oder der Medikamentenwechsel nach sich ziehen würden, - von „macht nix“ über „Entlassung wegen Nicht-Kooperation“ bis „Zwangsbildung“. Sie verdeutlicht zugleich, wie groß der Mitentscheidungsspielraum des Patienten ist und wo er endet – d.h. welche Medikamentenvarianten mit diesen Behandlern „machbar“ sind und welche nicht.
3. Nach den Diskussionen über die Beziehungsfolgen der Medikamenteneinnahme und den Handlungsspielräumen des Patienten erfolgt eine weitestmöglich konsensuelle Entscheidung.

Fall 3: Auch ohne Absetzen der Medikation darf Frau H. wieder in die Klinik kommen

Frau H. ist als „Drehtürpatientin“ immer wieder vom Wohnheim in die Klinik und zurück verlegt worden, nachdem sie meist die Medikamente selbständig reduziert oder verweigert hatte und daraufhin psychotische Exazerbationen ihrer schizophrener Psychose auftraten. Frau H. hatte eine sehr provokante Art. Sie machte die Nacht zum Tag, was große Konflikte mit Teammitarbeitern und Mitpatienten auslöste. Sie agierte sowohl im Wohnheim wie auf der Station immer wieder mit Verweigerung der Medikamente und ständig wechselndem Beschwerdebild, ohne dass sie sich aber auf eine konkrete Behandlung einließ,

Die Patientin erlebte als Zuschauerin zusammen mit ihrem gesetzlichen Betreuer, wie Stationssteam und Bezugspflegerin aus dem Wohnheim anhand eines Familiengenogramms von Frau H. sich intensiv über deren Lebens- und Krankengeschichte wertschätzend und positiv konnotierend austauschten: über die Bewältigung des plötzlichen Todes des ersten Ehemannes nach kurzer Ehe, der selbständigen Führung eines eigenen Geschäfts, den plötzlichen Kindstod eines ihrer Kinder, Misshandlungen in einer zweiten Ehe u.v.m.

Den Fachleuten wurde deutlich, dass Frau H. sich quasi gezwungenermaßen zu einer „sehr starken Frau“ entwickelt hatte, die aus ihrer Sicht auch heute noch gut daran tat, in der Behandlung „immer das letzte Wort zu haben.“ Dieser veränderte Blickwinkel führte bei allen Beteiligten - auch bei der Patientin selbst - zu einer positiveren Sicht auf ihre im Umgang oft schwierigen Art und Persönlichkeitsstruktur. In den Tagen danach ließen sich sehr viel besser Absprachen finden bezüglich Ausgang, Verhaltensregeln auf Station usw.

In einer weiteren Angehörigenvisite offerierten wir der Patientin dann das Angebot, auch dann erneut auf unsere Station kommen zu können, wenn sie eine Auszeit vom Alltagsleben im Heim und damit eine Luftveränderung bräuchte. Wir sagten ihr zu, dass sie diese Behandlungsauszeit auch ohne Absetzen der Medikation verlangen könne (was die Patientin bisher immer wieder getan hatte, um in die Klinik zu kommen) und dass wir solche „Auszeiten“ auch regulär in Absprache planen könnten. In der Folge wurden medikamentöse Verordnungen mit deutlich mehr Compliance von ihr mitgetragen. Die verbleibenden Rest-Verhaltensstörungen waren danach vom Stationssteam und später von den Heimmitarbeitern sehr viel besser zu ertragen. Bereits in der Folgeweche konnten wir die Patientin dann wieder gut stabilisiert ins Heim entlassen.

Verhandeln über (Alternativen zu) stationären Zwangsmaßnahmen

SYMPA will durch ein systemisch inspiriertes Verhandeln mit dem Patienten den Zwangscharakter unvermeidlicher Freiheitseinschränkungen so gering wie möglich, aber so umfangreich wie zur Verhinderung von Selbst- und Fremdgefährdung nötig gestalten. Deshalb diskutieren bei sich ankündigenden Selbst- oder Fremdgefährdungssituationen die Krankenschwestern oder die Ärztin mit dem Patienten, wie er drohende Freiheitseinschränkungen auf Station vermeiden oder vermindern kann.

Dieses Verhandeln läuft in etwa so ab:

1. Die Behandlerin macht dem Patienten klar, welche zwangsläufigen Reaktionen beim Behandlersteam sein selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten nach sich ziehen wird. - von „macht nix“ über „Kein Ausgang ohne Begleitung“ bis „Fixierung“. Und die Behandlerin verdeutlicht dem Patienten, wie er diese Reaktionen des Teams durch seine Worte und Taten in den nächsten Minuten oder Stunden selbst mitbeeinflussen kann.

2. Die Behandlerin befragt dann den Patienten zirkulär nach den von ihm relativ als weniger schlimm erlebten Maßnahmen („Was wäre für Sie die weniger einschneidende Maßnahme?“); ferner nach Bezugspersonen, die auch ohne Freiheitseinschränkungen ihm aus der „Gefahrenzone“ heraushelfen könnten („Gibt es Mitpatienten oder Angehörige, die Sie jetzt wirksam beruhigen könnten?“); und nach Behandlermaßnahmen, die auch ohne Freiheitseinschränkungen ihm aus der „Gefahrenzone“ heraushelfen könnten? („Angenommen, wir würden Sie auf die Nachbarstation X verlegen, wo der Mitpatient Y Sie nicht mehr bedrängt...können Sie da mit dem Schreien wieder aufhören?“).
3. Behandler und Patient vereinbaren schließlich in weitestmöglicher Übereinstimmung das Vorgehen.

Gespräch über die Diagnose

Ziel des Gesprächs über die Diagnose ist es, zusammen mit dem Patienten ein Verständnis „seiner“ Diagnose zu entwickeln, mit dem der Patient möglichst viele von ihm gewünschte Lebensgestaltungs-Optionen verwirklichen kann (möglichst wenig Reduzierung sozialer Chancen). Das kann auch dazu führen, dass kontextabhängig unterschiedliche Diagnosen kommuniziert werden - z.B. dass die vom Arzt gegenüber der Krankenkasse kommunizierte („fachlich korrekte“) Diagnose eine andere ist als die von der Patientin gegenüber ihrem Ehepartner kommunizierte („der Liebe förderliche“) Diagnose. Wir gehen davon aus, dass Diagnosen - genauer: Kommunikationen über Diagnosen - kontextabhängig ganz verschiedene, oft widersprüchliche Wirkungen haben. Sie ermöglichen oder erschweren die Verständigung zwischen den Fachleuten. Sie sichern oder gefährden die Finanzierung von Behandlungen und Betreuungen. Sie bieten oder entziehen Schutz vor Arbeitsanforderungen und Arbeitsplatzverlust. Sie fördern oder erschweren gutes Selbstgefühl und soziale Akzeptanz. Mit Patienten wird daher evtl. bereits über die Auswahl seiner psychiatrischen Diagnose (sofern der Diagnostiker dabei einen Entscheidungsspielraum sieht), insbesondere aber über den Umgang mit der ihm zuerteilten psychiatrischen Diagnose gesprochen.

Dazu bespricht der Diagnostiker mit dem Patienten folgende Fragen::

1. Wie diagnostiziert sich der Patient selbst? Und wie gut oder schlecht tut ihm seine Selbst-Diagnose?
2. Was denkt der Patient über die vom Diagnostiker gestellte Diagnose?:
 - 1) Welche Gedanken, Hoffnungen, Befürchtungen löst sie beim Patienten aus?
 - 2) Evtl. berichtet der Diagnostiker kurz, warum er diese Diagnoseentscheidung gut findet - z.B. für die Wahl eines bestpassenden Medikamentes; als Schutz vor überlastenden Anforderungen der Umwelt; für die Verlängerung der Krankenkassenfinanzierung des Aufenthaltes) und fragt, was davon dem Patienten einleuchtet
 - 3) Wie werden wichtige Teile der sozialen Umwelt - Partner, Eltern oder Kinder, Arbeitgeber und Kollegen, Gericht, Rentenversicherung - auf diese Diagnose reagieren?
3. Wieweit kann der Patient mit der Diagnose des Diagnostikers „gut leben“?: Welche positiven Nebenwirkungen („neue Chancen“) und welche negativen Nebenwirkungen („Einschränkungen“, „Stigma“) hat sie für den Patienten? Je nach Ergebnis kann der Diagnostiker evtl. seine Entscheidung noch einmal überdenken.
4. Wie soll über die Diagnose kommuniziert werden?:
 - 1) Was soll der Diagnostiker wem (nicht) mitteilen?
 - 2) Was will der Patient wem (nicht) mitteilen?

Lesenlassen, evtl. kurzes Gespräch über Entlassbrief

SYMPA will dem Patienten die Kenntnis, auf Wunsch auch die Mitwirkung am Entlassbrief ermöglichen. Ziel ist, sein Erleben zu stärken, auf die über ihn zirkulierenden Kommunikationen einen Einfluss ausüben zu können – sofern er dies will. Dazu haben wir folgendes allgemeines Vorgehen verabredet:

1. Es wird in der Klinik eine sehr kurze, zeitökonomische Entlassbrief-Schreib-Prozedur entwickelt, die es im Regelfall ermöglicht, dass der Patient am Tag vor der Entlassung, spätestens am Tag der Entlassung diesen Brief einsehen kann.
2. Dem Patienten wird routinemäßig angeboten, Ergänzungs- oder Veränderungswünsche dem Briefschreiber mitzuteilen. Diese werden als Veränderungen im Text (bei Einigung) oder als Sondervoten untendrunter (bei Nicht-Einigung) aufgenommen.
3. Falls die Klinikpolitik dies erlaubt, kann der Patient bestimmen, ob er den Entlassbrief selbst mitnimmt und ob weitere Exemplare an welche Nachbehandler versandt werden.

Fall 4: Frau W. staunt erfreut über ihren Entlassbrief

Frau W., eine Patientin Mitte vierzig und durch vorherige, meist längere Behandlungsepisoden bereits bekannt, wurde uns erneut nach einem ernsthaften Suizidversuch überwiesen.

Trotz der bereits gemachten gemeinsamen Erfahrungen mit krisenhaften Zuspitzungen und drängenden Suizidphantasien umzugehen, war dennoch auch diese Behandlung zeitweilig geprägt durch Phasen der vertrauensvollen Zuwendung und dann wieder entwertenden Distanz. Die bereits zuvor durch Genogramm und Supervision mit Nachinszenierung der Familienkonstellation entwickelten Hypothesen konnten bei vorherigen Behandlungen nur bedingt der Patientin vermittelt werden. Dieser letzte Aufenthalt zeigte dann aber im letzten Drittel eine beeindruckende Wendung, da sowohl die Patientin, die sich auf die Entlassung vorbereitete, wie auch der Bezugstherapeut, der aus dem Team ausschied, gemeinsam eine Reflexion der bisher gelungenen Arbeit und insbesondere des Hauptthemas Abschied nehmen/Verlassen werden vornehmen konnten.

Dies wurde noch einmal besonders deutlich durch das gemeinsame Lesen des Entlassbriefes. Der Bezugstherapeut hatte sich besonders viel Mühe gegeben, im Brief ausführlich, verständlich und transparent formuliert eine Zusammenfassung der erreichten therapeutischen Arbeit - auch im Sinne einer Übergabe an den zukünftigen Therapeuten - zu beschreiben. Die Patientin zeigte sich einerseits überrascht, den sonst sogenannten geheimgehaltene Brief einsehen zu dürfen, und gleichzeitig beeindruckt, wie viel Raum sie beansprucht hatte, aber auch wie viel sie geleistet und erarbeitet hatte. Sie fühlte sich geschätzt und partnerschaftlich behandelt. Auch die einbezogene Bezugspflegekraft bekam zusätzliche Informationen, die alleinig in den sonst gewohnten Kommunikationsstrukturen nicht in der Ausführlichkeit besprochen wurden. Somit fand diese Behandlungsepisode einen runden Abschluss.

Abb. 1

Inhaltsverzeichnis des SYMPA-Handbuches

I. Systemische Gesprächssettings	4
1. Genogramm	4
2. Systemische Einzel- und Familiengespräche	5
2.1. Systemische Einzelgespräche	5
2.2. Systemische Familiengespräche	5
3. Systemische Gruppentherapie	7
4. Weitere bedarfsweise Gesprächsangebote:	7
• Kooperationsgespräche	7
• Angehörigenvisite	7
• Angehörigensprechstunde etc.	7
II. Reflexive Besprechungskultur auf Station	8
1. Patientenbezogene Teamsitzungen (Intervision)	8
2. Patienten als Teamsupervisoren	9
III. Verhandlungskultur bei Aufnahme	10
1. Systemische Therapiezielplanung: Auftragsklärung, gemeinsames Fallverständnis, systemorientiertes Behandlungsangebot	10
2. Verhandeln über die Medikation	12
3. Verhandeln über (Alternativen zu) stationären Zwangsmaßnahmen /Freiheitseinschränkungen	13
4. Verhandeln über (Alternativen zu) abrupten Entlassungen	14
5. Gespräch über die Diagnose	15
6. Lesenlassen, evtl. kurzes Gespräch über Entlassbrief	16
IV. Übersichtsblatt SYMPA Grund- und Plusprogramm zum Handbuch „Systemische Akutpsychiatrie“	17

Abb. 2
Handbuch "Systemische Akutpsychiatrie"

SYMPA - GRUNDPROGRAMM

4 von 6 Punkten müssen erfüllt sein. Ein Punkt ist ersetzbar aus dem Plusprogramm

- 1. Genogramm erheben, in die Akte legen, ergänzen
- 2. Systemische Therapiezielplanung: Auftragsklärung, Fallverständnis und Behandlungsprogramm gemeinsam mit dem Patienten und/ oder Angehörigen formulieren
- 3. Ein systemisches Familiengespräch pro Aufenthalt
- 4. Ein systemisches Einzelgespräch pro Woche
- 5. Systemisches Verhandeln über stationäre Konfliktsituationen (Mind. einmal über):
 - Medikamenteneinnahme und/oder
 - Zwangsmaßnahmen und/oder
 - abrupte Entlassungswünsche
- 6. Ein systemisches Entlassgespräch pro Aufenthalt

SYMPA – PLUSPROGRAMM

3 von 6 Punkten müssen erfüllt sein

- 1. Mehr als ein systemisches Einzelgespräch pro Woche
- 2. Mehr als ein systemisches Familiengespräch pro Aufenthalt
- 3. Systemische Gruppentherapie
- 4. Patient wird (mindestens einmal) besprochen in:
 - systemischer Intervention und/oder
 - in systemischer Supervision
- 5. Patient und/oder Angehöriger nimmt (mindestens einmal) persönlich teil an:
 - systemischer Intervention und/ oder
 - systemischer Supervision
- 6. Entlassungsvorbereitung (Mindestens einer der folgenden Punkte)
 - Gespräch über Diagnose und/oder
 - Entlassbrief lesen lassen und/oder
 - Austausch mit Nachbehandlern

Literatur:

1. Aderhold V, Alanen Y.O., Hess G., Hohn P. (Hrsg): Psychotherapie der Psychosen – Integrative Bvehandlungsansätze aus Skandinavien. Gießen: Edition Psychosozial 2003
2. Bäuml J, Pitschel-Walz G. Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Stuttgart: Schattauer 2003
3. Bertgen M, Sachartschenko R, Kahl M. Überprüfung der Wirksamkeit systemischer Familientherapie im stationären Bereich bei schizophrenen Patienten. *Familiendynamik* 1991, 17: 211-228,.
4. De Giacomo P, Pierri G., Santoni Rugiu A., Buonsante M., Vadrucchio F, Zavoianni L. Schizophrenia: A study comparing a family therapy group following a paradoxical model plus psychodrugs and a group treated by the conventional clinical approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997; 95(3): 183-188
5. Gottwalz E, Aderhold V. Über wirkende Verunsicherungen und verunsichernde Wirkungen – Personenzentrierte settingübergreifende integrative Schizophrenie-Therapie (Persist) im stationären Setting. *Psychotherapie im Dialog* 2002, 3(3): 271-276
6. Grünwald H, Hegemann U, Eggel T., Anthenien L: Ergebnisqualität systemischer Therapie – Ein Praxisbericht aus der ambulanten psychiatrischen Grundversorgung des Psychiatriezentrums Oberwalls in Brig, Schweiz. *System Familie* 1999; 12: 17-24
7. Hornung WP. Psychoedukative Interventionen für Patientinnen mit schizophrenen oder schizoaffektiven Psychosen. *Psychotherapie im Dialog* 2002; 3 (3): 248-251
8. Keller T: Kooperationsgespräche “im Chaos der psychotischen Kommunikation”. *Psychotherapie im Dialog* 2002; 3 (3): 277-283
9. Schweitzer J, Schumacher B. Die unendliche und die endliche Psychiatrie. Heidelberg: Carl Auer 1995
10. Schweitzer J, Grünwald H. SYMPA - Vorschau auf ein Großexperiment zur systemischen Therapie und Forschung in der Akutpsychiatrie. *Systeme* 2003; 17, (1): 36-46
11. Schweitzer J, Nicolai E, Hirschenberger N. Wenn Krankenhäuser Stimmen hören – Lernprozesse in psychiatrischen Organisationen. Goettingen: Vandenhoeck und Ruprecht. 2005
12. Seikkula J, Olson M. The open dialogue approach to acute psychosis: It’s poetics and micropolitics. *Family Process* 2003; 42: 403-418
13. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. Open Dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Human Sciences & Services* 2004; 5(3): 163-182.
14. Seikkula J, Alakare B., Aaltonen J, Haarakangas K, Keränen J. 5 years experience of first-episode non-affective psychosis in open dialogue approach: Treatment Principles, follow-up outcomes and two case analyses. *Psychotherapy Research*, in press
15. Retzer, A. Familie und Psychose. Stuttgart: Fischer 1994
16. Retzer, A. Systemische Familientherapie der Psychosen. Göttingen: Hogrefe 2004
17. Moser C, Margreiter J. Systemische Praxis in der Akutpsychiatrie - Das Haller Modell. *Familiendynamik*, 2001; 26(2): 135-15.
18. Rotthaus W. Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dortmund: Verlag Modernes Lernen, 1998.

19. Scholz, M, Asen, E, Gantchev, K, Schell, B, & Suess, U. Familientagesklinik in der Kinderpsychiatrie. Das Dresdner Modell - Konzept und erste Erfahrungen, Psychiatrische Praxis 2002; 29(3): 125-129.
20. Zander B, Balck F, Rotthaus W, & Strack M.. Effektivität eines systemischen Behandlungsmodells in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 2001, 50(5), 325-341