

**SYMPA - Projekt**  
Ruprecht- Karls-Universität - Heidelberg

# **Handbuch**

# **"Systemische Akutpsychiatrie"**

**2004**

# Gebrauchsanleitung

Liebe SYMPA-Kolleginnen und Kollegen:

Hier liegt es nun vor Ihnen: das Handbuch „Systemische Akutpsychiatrie“. Es beschreibt, wie im SYMPA-Projekt ab 15. Oktober 2004 gearbeitet werden soll. Der Inhalt ist durch Ihre und unsere gemeinsamen Erfahrungen aus der Weiterbildung „gereift“, in ihren „Kurshausaufgaben“ bereits erprobt und mit den Projektkoordinatoren sorgfältig abgestimmt worden.

Das Inhaltsverzeichnis listet alle klinischen Vorgehensweisen auf. Jede einzelne Vorgehensweise ist nach den Punkten „Ziel“, „Äußerer Rahmen“ und „Methodisches Vorgehen“ auf meist einer Seite beschrieben.

Am Ende finden Sie die Einteilung dieser Vorgehensweisen in

- SYMPA-Grundprogramm: was mit möglichst allen Patienten gemacht werden soll
- SYMPA-Plusprogramm: was nur in Behandlungssituationen gemacht werden soll, wo dies besonders angezeigt ist.

Nun wünschen wir Ihnen viel Spaß und gutes Gelingen mit dem SYMPA-Handbuch „Systemische Akutpsychiatrie“. Legen Sie es auf Station an einen Ort, wo Sie jederzeit leicht „drankommen“. Wenn es Fragen gibt: fragen Sie Ihre ProjektkoordinatorInnen (oder uns per e-mail: [Elisabeth Nicolai@med.uni-heidelberg.de](mailto:Elisabeth_Nicolai@med.uni-heidelberg.de); [Jochen Schweitzer-Rothers@med.uni-heidelberg.de](mailto:Jochen_Schweitzer-Rothers@med.uni-heidelberg.de))

Mit freundlichen Grüßen, Ihre  
Jochen Schweitzer und Elisabeth Nicolai

# Inhaltsverzeichnis

<b>I. Systemische Gesprächssettings</b>	<b>4</b>
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
<b>II. Reflexive Besprechungskultur auf Station</b>	<b>8</b>
1. Patientenbezogene Teamsitzungen (Intervision)	8
2. Patienten als Teamsupervisoren	9
<b>III. Verhandlungskultur bei Aufnahme</b>	<b>10</b>
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
<b>IV. Übersichtsblatt SYMPA Grund- und Plusprogramm zum Handbuch „Systemische Akutpsychiatrie“</b>	<b>17</b>

# ***I. Systemische Gesprächssettings***

---

## **1. Genogramm**

### **Ziel**

Das Genogramm gibt einen schnellen Überblick über komplexe Familienstrukturen. Man erfährt etwas über die historische Entwicklung der innerfamiliären Beziehungen aus der Sicht des Patienten. Aufgrund der wahrgenommenen Dynamik können Hypothesen gebildet werden, die zu einer Neuformulierung der Vergangenheit und zu Lösungsideen für die aktuelle Problematik führen können.

### **Äußerer Rahmen**

Das Genogramm soll möglichst früh nach Aufnahme unter Berücksichtigung der Belastbarkeit und Bereitschaft des Patienten erstellt werden.

Wenn möglich bei allen Patienten während des stationären Aufenthaltes durch alle MitarbeiterInnen nach Absprache zwischen den verschiedenen Berufsgruppen.

Einzelgespräche in Absprache mit dem Patienten (Raum und Zeit).

### **Vorgehen**

Drei Generationen sollen mit folgenden Informationen dargestellt werden:

1. Aufbau der Familie: Name, Alter (Geburt/ Sterbedatum) der Familienmitglieder und deren biologische und rechtliche Beziehungen.
2. Demographische Daten: Wohnort, Beruf, etc.
3. Kritische Ereignisse in der Familiengeschichte: Eheschließungen, Scheidungen, Verluste, Suizide, Erkrankungen, etc.
4. Weitere Informationen bezüglich des aktuellen Problems.
5. Optional: Qualität der Familienbeziehungen (eng, distanziert, konfliktreich, problematisch).

Ein Genogramm, das für die Akte bestimmt ist, folgt den vereinbarten Symbolen und sollte nur die Basisdaten 1-4 enthalten. Eine Kopie des Genogrammes kann im therapeutischen Gespräch zum Weiterarbeiten dienen und kann ausführlicher beschriftet werden.

## **2. Systemische Einzel- und Familiengespräche**

### **Ziel**

Systemische Einzel- und Familiengespräche sollen zu Veränderungsprozessen in den Wirklichkeitskonstruktionen der Beteiligten und in deren gewohnten Kommunikationsmustern anregen. In ihnen soll ein Verständnis der aktuellen Lebenssituation gewonnen werden, aus dem sich nützliche Veränderungsideen entwickeln lassen.

### **Äußerer Rahmen**

#### **2.1. Systemische Einzelgespräche**

Während des stationären Aufenthaltes sollte jeder Patient wöchentlich mindestens ein Gespräch von 15-30 Min Dauer mit MitarbeiterInnen der verschiedenen Berufsgruppen haben.

#### **2.2 Systemische Familiengespräche**

Während eines stationären Aufenthaltes sollte mindestens ein Familiengespräch im Rahmen der Aufnahme und der Entlassung stattfinden. Familiengespräche finden statt mit denjenigen Menschen, die im Umfeld des Patienten wichtig sind und an einer Lösung mitarbeiten wollen. Diese "soziale Familie" muss nicht mit der "biologischen" oder der „juristischen Familie" identisch sein.

Nicht als systemische Familiengespräche werden im SYMPA-Projekt angesehen:

- systemische Gespräche nur mit dem Patienten, auch wenn diese um Familienthemen kreisen ("Familietherapie ohne Familie")
- psychoedukative Gespräche, bei denen die Aufklärung über Krankheitsbilder und das Training rückfallprophylaktischen Verhaltens im Sinne des "Expressed Emotions"-Ansatzes im Vordergrund stehen.

### **Vorgehen**

#### **Fragen zur Wirklichkeitskonstruktion:**

- Problempaket aufpacken: worum geht es? Was ist aus Sicht des Patienten und evtl. anderer Anwesender das Problem? Beschreibungen rund um das Problemverhalten, verschiedene Sichtweisen und Reaktionen darauf erfragen.
- Auftragsklärung: Die Erwartungen der Anwesenden erfragen.
- Wer will was (nicht), von wem (nicht), wann (nicht)?
- Wann wäre das Problem gelöst? Wer würde es bemerken und woran? Was kann ich, können wir dazu beitragen? Was wäre ein erfolgreicher Ausgang dieser Gespräche und dieses heutigen Gesprächs (Zieldefinition).

## **Fragen zur Möglichkeitskonstruktion**

- *Lösungsorientierte Fragen:*
  - nach *Ausnahmen vom Problem*
  - nach *Ressourcen*
  - *Wunderfrage* (Visionen zum Leben ohne das Problem)
- *Problemorientierte Fragen*
- *Kombination aus Problem- und Lösungsorientierten Fragen:*
  - nach dem Nutzen, das Problem (vorläufig noch) zu behalten
- *Als-ob-Fragen*
  - nach dem bewussten Rückfall
  - zu Zukunftszeitplänen

## **Zirkuläre Fragen**

Ziel ist es Kreisläufe, sich gegenseitig bedingende Prozesse und Beziehungsmuster zu beschreiben und dadurch zu verdeutlichen.

## **Fragen die Unterschiede verdeutlichen**

Klassifikationsfragen, Prozentfragen, Übereinstimmungsfragen erzeugen neue Informationen im System, um neue Sichtweisen und Denkprozesse anzuregen. Information macht Unterscheidung möglich. Die Wahrnehmung von Unterschieden sind Grundlagen für Veränderungen.

## **Reframing**

An den Wirklichkeitskonstruktionen der bisher erlebten und erzählten Geschichten Umdeutungen und Umformulierungen vornehmen und so die Geschichten in einen anderen Kontext stellen, damit Lösungen und Veränderungen möglich werden.

## 3. Systemische Gruppentherapie

### Ziel

Die systemische Gruppentherapie ist eine ergänzende Behandlungsmaßnahme im systemischen Gesamtkontext. Sie soll die in der Genogrammarbeit, in der Auftragsklärung und Behandlungsplanung und in den systemischen Einzel- und Familiengesprächen angeregten Veränderungsprozesse in den Wirklichkeitskonstruktionen und in den gewohnten Kommunikationsmustern des Patienten weiter induzieren und reflektieren sowie im direkten Kontakt mit den Mitpatienten praktisch einüben und darüber vertiefen.

Ziel ist die geleitete Wahrnehmung eigener Stärken und Möglichkeiten und die dadurch begründete Erweiterung von Kompetenz, Handlungs- und Verhaltensoptionen.

### Äußerer Rahmen

Die Gruppentherapie findet 1x wöchentlich im Zeitrahmen von ca. 60 min. in einem offenen Gruppensetting statt. Im Wesentlichen gibt es für die Teilnahme keine diagnostischen Einschränkungen, ausgenommen davon sind aber bettlägerige, fortgeschritten demente oder hochakut Erkrankte, die ein solches Gruppensetting (noch) nicht aushalten und bewältigen können. Die Teilnahme daran erfolgt nach arztgeleiteter Teamabsprache.

Die Leitung der Gruppe erfolgt durch den Stations- oder Oberarzt und wird cotherapeutisch begleitet durch ein (bis zwei) Pflegemitarbeiter und eine Sozialarbeiterin.

### Vorgehen

Die Auswahl der Methodik basiert auf unserem humanistischen, ressourcen- und wachstumsorientierten Weltbild. Unter dem Grundgedanken einer lösungsorientierten systemischen Sichtweise kommen in der Gruppentherapie Arbeitsformen zur Anwendung, die über die systemischen Prinzipien von Hypothesieren, Zirkularität und Allparteilichkeit zur Entwicklungsförderung der Patienten beitragen könnten. Um die Orientierung an diagnostischen Zuschreibungen nicht mehr als ohnehin schon vorhanden zu fördern, arbeiten wir bevorzugt nach einem störungsübergreifenden Konzept.

**Gruppenstruktur:** kurzer Wetterbericht, Arbeit am Problem eines Gruppenmitglieds, Erarbeitung und Vertiefung gemeinsamer, patientenübergreifender Themen, „Hausaufgaben“ zur Vertiefung, Zusammenfassung und Resümee, kurze Schlussrunde

**Arbeitsweise:** Hypothesieren, systemische Fragetechniken (wirklichkeits- und möglichkeitskonstruktive Fragen, zirkuläre - und Unterschiedsfragen) Fokussierung auf Ressourcen und Lösungsorientierung, Reframing, reflektierende Positionen etc.)

## 4. Bedarfsweise weitere Gesprächsangebote:

1. Kooperationsgespräche,
2. Angehörigenvisite,
3. Angehörigensprechstunde, etc.

## **II. Reflexive Besprechungskultur auf Station**

---

### **1. Patientenbezogene Teamsitzungen (Intervision)**

#### **Ziel**

Durch eine lösungs-und ressourcenorientierte Besprechungskultur werden dem Patienten Fähigkeiten zur aktiven Beeinflussung und Lösung seines Krankheits- bzw. Problemverlaufes zugetraut, die er/sie, angestoßen von außen, erkennen, übertragen, einsetzen kann. PatientInnen werden als Kunden wahrgenommen, die ihre Wünsche und Aufträge mit den Behandlern/Professionellen aushandeln. Durch zirkuläre Hypothesenformulierung (wie könnten die Dinge, die wir wahrnehmen, in sich stimmig und sinnvoll zusammenhängen?) kann der Blick auf psychische, soziale, materielle Ressourcen gerichtet werden. Das Team kann mögliche Lösungen diskutieren oder das als pathologisch wahrgenommene Verhalten positiv umdeuten.

#### **Äußerer Rahmen**

Neben den laufenden Teambesprechungen und Übergaben kann die Gruppen-Intervision dazu dienen, einzelne (z.B. besonders schwierige) Patienten sorgfältiger durchzusprechen. Dies sollte in einem vereinbarten Setting regelmäßig 1-2x monatlich geschehen.

Sie unterscheidet sich von der Supervision dadurch, dass bei jener ein externer Supervisor die Runde leitet.

#### **Vorgehen**

1. ModeratorIn aus dem Team auswählen. Deren Aufgaben:
  - zentrale Fragen zum Fall sammeln
  - gewährleisten, dass man am Thema bleibt.
  - auf die Zeitstruktur achten.
2. Kurze Problemschilderung, Kontext des Problems und bisherige Lösungsversuche sammeln
3. Fragestellung zum Fall „Was wollen wir klarkriegen?“
4. Hypothesenrunde
5. Was ist an "Treffern/Nieten" für die zentralen Fragen dabei?  
Weiterverarbeitung: Zu welchen "Treffern" sollten wir konkrete Ideen entwickeln?
7. Lösungsideen
8. Abschlussbilanz: "Was wollen wir konkret umsetzen?"

## **2. Patienten als Teamsupervisoren**

### **Ziel**

Damit sollen drei Ziele erreicht werden: Der Patient nimmt eine aktive, verantwortliche und autonome Rolle ein. Das Team übt sich in Ressourcen- und Lösungsorientierung und bringt dennoch kritische Themen wertschätzend zur Sprache. Für den Patienten wird Transparenz („Durchblick“) geschaffen darüber, was warum mit ihm gemacht wird.

### **Äußerer Rahmen**

Jeder Patient sollte bei mind. 1-2 "Fallbesprechungen" über sich während der Behandlungszeit anwesend sein. Mit dem Patienten wird vereinbart, wann er zu der Besprechung gerufen wird. Er bringt sich eine Vertrauensperson (Mitpatient, Betreuer, Angehöriger, etc) mit oder wird von seinem Bezugspfleger/ Bezugstherapeuten begleitet.

### **Vorgehen**

- Ankündigung der Teamsitzung für die Patienten
- Zeitstruktur erstellen - Termin mit Patient vereinbaren, wann er "drankommt."

### **Sitzungsablauf zum jeweiligen Patienten:**

1. Der Gesprächsmoderator begrüßt den Patienten, formuliert oder erfragt den Fokus des Feedbacks.
2. Die Mitarbeiter sprechen über den anwesenden Patienten.
  - entweder zu einem anstehenden Thema
  - oder als aktuelle Situationsbeschreibung
3. Das Team tauscht ressourcenorientiert Sichtweisen aus:
  - Was läuft gut?
  - Was sorgt für Verwunderung/Besprechungsbedarf?
  - Hypothesen, wofür gut sein könnte, was evtl. als schwierig erlebt wird
4. Reflecting Team des Patienten mit seinem Begleiter über das Gehörte.
5. Falls es ein Ergebnis gibt, wird dies aufgeschrieben und dem Patienten gezeigt.

### ***III. Verhandlungskultur bei Aufnahme***

---

#### **1. Systemische Therapiezielplanung:**

#### **Auftragsklärung, gemeinsames Fallverständnis, systemorientiertes Behandlungsangebot**

##### **Ziel**

Wir gehen davon aus, dass die Patienten 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/Mitbehandler.

Ihre Behandlungswünsche sollen erkundet und soweit möglich genutzt werden (Auftragsklärung). Mit ihnen soll ein gemeinsames Verständnis entwickelt werden, wie der Patient 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 des Patienten hilfreich sind (systemorientiertes Behandlungsangebot). Eine Haltung der Neugier (auf die soziale Situation des Patienten), der weitestmöglichen Neutralität (gegenüber verschiedenen Lebenskonzepten) und des Nicht-Wissens (was für den Patienten „das Beste ist“) liegt diesem Vorgehen zugrunde.

##### **Äußerer Rahmen**

Mit jedem Patienten - 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.

Dies können alle MitarbeiterInnen nach Absprache der verschiedenen Berufsgruppen tun Wichtig ist, dass dies immer mit, nicht für oder über den Patienten geschieht.

Jedem Patienten werden die Behandlungsangebote vorgestellt: was ist obligat, was ist abwählbar? Zu letzterem kann er/sie äußern, was davon er/sie machen möchte.

## Vorgehen

### **Auftragsklärung**

- Wer ? : Wer ist alles Auftraggeber der Behandlung und wer nicht: Der Patient selbst? Der Angehörige? Der Hausarzt? Das Gericht?
- will was? : Was genau aus dem Sortiment stationärer Behandlungsmöglichkeiten wird gewünscht? : Medikamente? Psychotherapie? Krankenschreibung? „Hotel Psychiatrie? Geselligkeit?
- 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 viel? :Wie intensiv sind die Nutzerwünsche?
- wofür/ wogegen :Was sind offiziell und inoffiziell die gewünschten Ergebnisse des stationären Aufenthaltes?

### **Gemeinsames Fallverständnis**

- In welcher systemischen Konstellation ist der Patient einerseits in die aktuelle psychiatrische Krise, andererseits in das Krankenhaus hineingeraten?
- Was könnten alle Beteiligten (zumindest: Patient, Angehörige, Station) tun, damit der Patient aus dieser Krise wieder herauskommt?)

### **Therapieziele vereinbaren**

- Ich-Form; welche Ziele sieht der Patient
- Ziele, die die Behandler von sich einbringen, werden mit Patient verhandelt
- Auftrags-Hierarchie wird erstellt
- Gültig für die ersten 14 Tage, dann wird eine Bilanz gemacht
- Im Verlauf wöchentliche Überprüfung, evtl. Revision immer mit Patient
- Kurz aufschreiben! (max. 1 Seite), wenig episch. Ärzte + Pflege zusammen
- Doppel-Dokumentation vermeiden!
- Patient unterschreibt und bekommt Kopie mit

#### **Kriterien der Zielformulierung:**

- positiv formuliert
- konkret und genau definiert
- sinnlich wahrnehmbar
- aus eigenen Mitteln erreichbar
- zum Kontext passend
- in der Sprache des Patienten

## 2. Verhandeln über die Medikation

### Ziel

Patient soll seinen eigenen Einfluss auf Medikamentenentscheidungen bewusster wahrnehmen und in der Folge einen bewussteren Einfluss auf die ihn betreffenden Medikamentenentscheidungen nehmen. Dazu hilft es, die meist unbewussten sozialen Indikationen der Medikationsentscheidung zu verdeutlichen (wem zuliebe, wem zum Trotz nimmt der Patient ein Medikament ein oder nicht?).

### Äußerer Rahmen

Mit Patienten wird über die Auswahl und Dosierung verhandelt – außer nach pharmakologischen Kriterien (Bekömmlichkeit, Nebenwirkungen, Symptomreduktion) auch nach sozialsystemischen Kriterien (Auswirkungen von Einnahme/ Nichteinnahme auf seine Beziehungen auf Station, in der Familie, in der Arbeit, im Freundeskreis etc.).

### Vorgehen

1. Diese Auswirkungen werden zirkulär befragt
  - 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?“);
  - 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. Station (Ärztin/ Arzt) macht dem Patienten klar,
  - welche zwangsläufigen Reaktionen beim Behandlungsteam (von „macht nix“ über „Entlassung wegen Nicht-Kooperation“ bis „Zwangsbehandlung“) unterschiedliche Patientenentscheidung (Einnahme, Verweigerung, Medikamentenwechsel) nach sich ziehen würden,
  - wie groß der Mitentscheidungsspielraum des Patienten ist (welche Medikamentenvarianten denkbar sind) und wo er endet (welche Medikamentenvarianten mit diesen Behandlern nicht machbar sind).
3. Nach der Diskussion der Beziehungsfolgen (1.) und der Handlungsspielräume (2.) erfolgt eine weitestmöglich konsensuelle Entscheidung (3.).

### **3. Verhandeln über (Alternativen zu ) stationären Zwangsmaßnahmen / Freiheitseinschränkungen**

#### **Ziel**

Durch systemisches Verhandeln mit dem Patienten den Zwangscharakter unvermeidlicher Freiheitseinschränkungen so gering wie möglich, aber so umfangreich wie nötig zu gestalten.

#### **Äußerer Rahmen**

In Selbst- oder Fremdgefährdungssituationen diskutieren meist die Pflegerischen Mitarbeiter, evtl. die Ärzte mit dem Patienten, wie er/sie drohende Freiheitseinschränkungen auf Station vermeiden oder vermindern kann.

#### **Vorgehen**

1. BehandlerIn macht dem Patienten klar, welche zwangsläufigen Reaktionen beim BehandlerTeam (von „macht nix“ über „Kein Ausgang ohne Begleitung“ bis „Fixierung“) sein selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten nach sich ziehen wird. Und BehandlerIn verdeutlicht dem Patienten, wie er diese Reaktionen des Teams durch seine Worte und Taten in den nächsten Minuten/ Stunden selbst mitbeeinflussen kann.
2. BehandlerIn befragt Patienten zirkulär
  - nach den von ihm relativ als weniger schlimm erlebten Maßnahmen („Was wäre für Sie die weniger einschneidende Maßnahme?“)
  - nach Bezugspersonen, die auch ohne Freiheitseinschränkungen ihm aus der „Gefahrenzone“ heraushelfen könnten („Gibt es Mitpatienten oder Angehörige, die Sie jetzt wirksam beruhigen könnten?“)
    - 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...könnten Sie da mit dem Schreien wieder aufhören?“; „Angenommen, wir würden Sie unfixiert, aber in Anwesenheit von Pfleger Z einige Zeit im Ruheraum sich zurückziehen lassen – könnten Sie sich dort wieder beruhigen?“).

Behandler und Patient vereinbaren in weitestmöglicher Übereinstimmung das Vorgehen.

## 4. Verhandeln über (Alternativen zu) abrupten Entlassungen

### Ziel

Dem Patienten Alternativen zu abrupten nicht einvernehmlichen Entlassungen zu eröffnen.

### Äußerer Rahmen

Wenn abrupte Entlassungen (entweder auf Wunsch des Patienten „wider ärztlichen Rat“ oder durch die Behandler wegen wichtiger „Verletzung der Stationsregeln“) „in der Luft liegen“, spricht eine MitarbeiterIn den Patienten darauf an („Ich habe den Eindruck, dass Sie eigentlich hier raus wollen – ist da was dran?“) – evtl. wiederholt.

### Vorgehen

Bei Bejahung befragt/ bespricht BehandlerIn mit dem Patienten,

1. was (wer?) dem Patienten den Aufenthalt verleidet oder zum Verlassen der Station motiviert.
2. welche günstigen und ungünstigen Folgen (familiär, mit Mitpatienten, beruflich, gesundheitlich, sonstige) der Abgang von der Station für den Patienten derzeit hätte.
3. was der Patient selbst denkt, auf welche Weise man diese Station wieder verlassen könne, und auf welche Weise man ggf. wieder zurückkehren könnte (wie also ein „guter Abgang“ und ggf. eine „gute Wiederkehr“ aussehen würde).
4. ob/ wie die Behandler dem Patienten einen bestmöglichen Abgang oder ein bestmögliches Bleiben erleichtern könnten.
5. ob der Patient eine bewusste eigene Entscheidung über Bleiben oder Gehen treffen oder dies eher anderen Menschen oder „den Umständen“ überlassen möchte.

Dabei zeigt sich die BehandlerIn (außer bei gerichtlich untergebrachten Patienten) neutral: Sie findet Abgang und Bleiben auf Station gleichermaßen ehrenwert und diskutabel. Sie hält stationäre Behandlung nicht grundsätzlich für gut oder schlecht. Sie interessiert sich für die Sichtweise des Patienten und versucht ihm zu helfen, eine zu dieser Sichtweise passende, möglichst bewusste (auf Wunsch gerne aber auch: eine unbewusste) Entscheidung zu treffen.

## 5. Gespräch über die Diagnose

### Ziel

Eine Diagnose oder ein Verständnis „seiner“ Diagnose mitzuentwickeln, 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. vom Arzt gegenüber der Krankenkasse („fachlich korrekte Diagnose“) eine andere als von der Patientin gegenüber ihrem Ehepartner („ der Liebe förderliche Diagnose“).

### Äußerer Rahmen

Mit Patienten wird 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.

Wir gehen davon aus, dass Diagnosen (genauer: die Kommunikation über Diagnosen) kontextabhängig ganz verschiedene, oft sehr 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.

### Vorgehen

Dazu bespricht der Diagnostiker mit dem Patienten:

1. *Wie diagnostiziert sich der Patient selbst?* Und wie gut oder schlecht tut ihm seine Selbst-Diagnose?
2. *Die vom Diagnostiker gefundene Diagnose:*
  - (1) Welche Gedanken, Hoffnungen, Befürchtungen löst sie beim Patienten aus?
  - (2) Diagnostiker berichtet kurz, warum er diese Diagnoseentscheidung gut findet (Krankenkassenabrechnung; Wahl eines bestpassenden Medikamentes; Schutz vor Anforderungen der Umwelt o.ä.) und fragt, was davon dem Patienten einleuchtet
  - (3) Wie werden wichtige Teile der sozialen Umwelt (Partner, Eltern/Kinder, Arbeitgeber/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 seine Entscheidung noch (z.B. vorübergehend) revidieren?
4. *Wie soll über die Diagnose kommuniziert werden?:*
  - (1) Was soll der Diagnostiker wem (nicht) mitteilen?
  - (2) Was will der Patient wem (nicht) mitteilen?

## **6. Lesenlassen, evtl. kurzes Gespräch über Entlassbrief**

### **Ziel**

Dem Patienten möglichst viel Einfluss zu eröffnen auf die Mitteilungen, die über ihn in der Fachkommunikation zirkulieren.

### **Äußerer Rahmen**

Dem Patienten wird die Kenntnis, auf Wunsch auch die Mitwirkung am Entlassbrief ermöglicht. Ziel: das Erleben zu stärken, auf die über ihn zirkulierenden Kommunikationen einen Einfluss ausüben zu können (wenn er/ sie dies will).

### **Vorgehen**

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 versandt werden (an welche Nachbehandler)?

# 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