

Einbezug von Eltern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Michael Kölch, Marina Dockhorn, Ilonka Moser, Jörg M. Fegert

Psychische Erkrankungen eines Kindes betreffen immer neben dem Kind oder Jugendlichen das gesamte Familiensystem. Eltern sorgen sich um das Kind, Eltern erhalten aber auch Druck vom Umfeld, der Schule, Verwandten, sich um das Kind bzw. dessen Probleme besser zu kümmern, bzw. zu sorgen, dass diese verschwinden. Daneben kann die Erkrankung eines Kindes die verfügbare Zuwendung zu Geschwisterkindern beeinflussen, da sich die Eltern z. B. auf die Behandlung und Fürsorge für das erkrankte Kind konzentrieren.

Aus der Resilienzforschung wissen wir, dass die Familie einen stark protektiven Faktor darstellen kann, allerdings kann elterliches Erziehungsverhalten ebenso einen wesentlichen Risikofaktor für die gesunde Entwicklung eines Kindes bilden. So ist bei psychisch auffälligen Kindern bekannt, dass das Erziehungsverhalten oftmals mit die Störung des Kindes zumindest unterhält, aber auch dass die elterlichen Kompetenzen besonderer Förderung bedürfen. Insofern können familiäre Bedingungen zumindest bei bestimmten psychischen Erkrankungen bei Kindern auslösend und verstärkend wirken, sie können jedoch auch dazu führen bzw. beitragen, dass eine Störung remittiert.

Typische familiäre Belastungsfaktoren, die zu einem erhöhten Risiko für eine psychische Erkrankung beim Kind führen sind z. B. eine eigene psychische Erkrankung bei einem oder beiden Elternteilen, ein eher vernachlässigender Erziehungsstil, andauernde Konflikte in der Familie, Trennung der Eltern (MELTZER et al. 2003, RAVENS-SIEBERER et al. 2008). Insbesondere Einschränkungen der elterlichen Erziehungs- und Beziehungskompetenzen sind es, die offenbar ungünstig auf die Entwicklung des Kindes einwirken (ZIEGENHAIN et al. 2014). Positiv formuliert stellen eine stabile, vorhersagbare und vertrauensvolle Bezugsperson, die Vermittlung von Regeln, Werten und Struktur und die Eröffnung von Lernchancen etwa solche protektiven Faktoren für Kinder dar, während – häufig über Jahre dauernde Partnerschaftsschwierigkeiten / -konflikte, oder z. B. bei psychisch kranken Eltern die häufiger beobachtete Verletzung der Generationengrenzen aufgrund der eigenen schweren Erkrankung, die zur Parentifizierung und Rollenumkehr führen kann, eher ungünstig wirken.

Neben dem ebenfalls bestehenden genetischen Risiken für manche psychische Störung, sind es vor allem psychosoziale Belastungsfaktoren, und hier insbesondere die Kumulation derselben die das Risiko von Kindern erhöhen, an einer psychischen Störung zu erkranken (vgl. KÖLCH, ZIEGENHAIN, FEGERT 2014).

Altersabhängigkeit des Einbezugs von Eltern in die Therapie von Kindern und Jugendlichen

Der Umfang und die Art der Einbeziehung von Eltern in die Therapie von Kindern und Jugendlichen hängen stark vom Alter des Kindes ab. Je jünger das Kind ist, desto mehr fokussiert die Therapie auf die Eltern. Gerade im Bereich der Kleinkindpsychiatrie, bei dem es häufig um die Verbesserung der Bindung zwischen Eltern und Kind geht, setzt die Therapie bei den Eltern an. Umgekehrt führt die zunehmende Autonomie Jugendlicher dazu, dass der Einbezug der Eltern abgestimmt mit dem Patienten geschehen muss und manche Themen in der Therapie nicht mit den Eltern besprochen werden. Letztlich befindet man sich auf einem Kontinuum zwischen zwei Polen: Therapie der Eltern und alleiniger Therapie des Patienten ohne Eltern (vgl. auch ROTHÄRMEL et al. 2006).

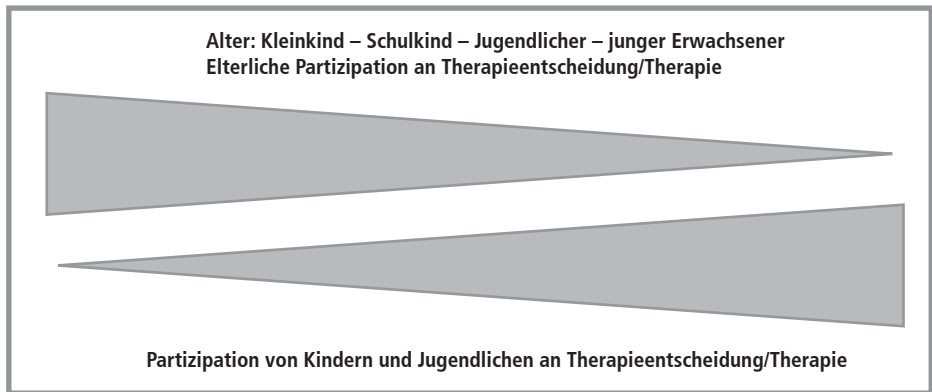


Abb.1: Partizipation in der Therapie: Minderjähriger vs. Eltern

Bindung und Beziehung auch zwischen Therapeuten, Eltern und dem Kind sind die Voraussetzung für das Gelingen einer Therapie. Gerade da ein nicht unbedeutender Teil der Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Bereich der Beziehung und Bindung defizitäre Vorerfahrungen hat, ist die Beziehungsqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von entscheidender Bedeutung für die Qualität der gesamten Therapie, bzw. die Grundvoraussetzung, dass störungsspezifische Interventionen gelingen können.

Elterliche Defizite und Ressourcen – mögliche Ansatzpunkte in der Therapie

Eine typische Einschränkung in der Qualität elterlicher Kompetenzen ist die aus der Bindungsforschung bekannte mangelnde Feinfühligkeit. Gemeint ist damit, dass Eltern – emotional wenig beteiligt sind, im schlimmsten Fall sogar sich feindselig / zurückweisend gegenüber dem Kind verhalten und in ihrem Verhaltensrepertoire

eher harsch / monoton und intrusiv sind (ZIEGENHAIN et al. 2014). Besonders belastend ist ein solches Verhalten, wenn es längerdauernd besteht. So kann dies z. B. für Kinder belastender sein, wenn dieses Verhalten bei Eltern aufgrund einer Persönlichkeitsstörung dauerhaft vorherrscht, als wenn es aufgrund einer begrenzten psychotischen Episode transient vorkommt. Bei Säuglingen / Kleinkindern können bereits kurze Episoden entwicklungskritisch sein.

Die Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen kann also als Ansatzpunkt gesehen werden um in der Therapie der Familien wirksam die familiären Belastungsfaktoren für das Kind zu reduzieren.

Gerade bei kleineren Kindern kann die Förderung positiver beziehungsbezogener Erfahrungen dazu führen, dass eine flexible Anpassung an rasch wechselnde Umgebungen / Kontexte, wie sie Kinder zu leisten haben, während des Aufwachsens besser gelingt, ebenso wie die Organisation / Integration neuer Erfahrungen (Lernen). Die psychophysiologischen Regulationskompetenzen können sich so ausbilden und eine positive Emotionsregulation, aktive und passive Stressbewältigung für Kinder leichter gelingen. Grundlegend dafür sind stabile und vertrauensvolle Bindungsbeziehungen (vgl. ZIEGENHAIN et al. 2014).

Ein Teil der Elterntherapie macht deshalb aus, diese Kompetenzen bei Eltern zu fördern, auszubauen und zu stabilisieren, über den akuten Klinikaufenthalt hinaus. Neuere Formen der Versorgung versuchen deshalb settingübergreifend auch im häuslichen Umfeld kinder- und jugendpsychiatrisch zu arbeiten (BÖGE et al. 2014).

Elternarbeit heißt aber auch bei sich wandelnden familiären Strukturen in der Gesellschaft, dass oftmals nicht von einer klassischen Familienkonstellation ausgegangen werden kann. Insofern wird Elternarbeit auch aufwendiger, da beispielsweise bei Patchworkfamilien der leibliche Vater und der Stiefvater etc. in die Therapie eingebunden werden müssen. Dies bedeutet auch einen größeren Zeitaufwand im Rahmen der Therapie für die Elternarbeit.

Im Rahmen des §35 a SGB VIII haben viele Kinder und Jugendliche, die kinder- und jugendpsychiatrisch behandelt werden und aufgrund ihres Störungsbildes wesentlich beeinträchtigt sind, einen Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfen zur Minderung ihrer psychisch bedingten Teilhabebeeinträchtigung. Die Jugendhilfe kann dabei sozialrechtlich als Reha Träger und in der praktischen Zusammenarbeit als komplementäres System für die Kinder- und Jugendpsychiatrie verstanden werden, das oftmals als unabdingbarer Partner für längerfristige Hilfen zur Eingliederung notwendig ist, damit die Folgen der psychischen Störung reduziert, bzw. die Symptomatik minimiert werden kann. Andererseits haben Eltern aber oftmals Vorbehalte oder sogar Ängste vor der Jugendhilfe und insbesondere vor dem Jugendamt. In der Elternarbeit ist es daher eine wichtige – und oft auch zeitintensive – Aufgabe, Eltern den Weg zur Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt zu ebnen und Vorbehalte zu reduzieren (KÖLCH und SCHMID 2008). Die Vernetzungsarbeit, gerade auch in den schwierigen Fällen ist daher im Rahmen der Elternarbeit notwendig (zur Vernetzung vgl. auch ZIEGENHAIN et al. 2010). Da im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie es immer auch zur Frage der

Sicherung des Kinderschutzes kommen kann, insbesondere auch bei jüngeren Kindern, kann Elternarbeit auch heißen, im Rahmen von Kinderschutzverfahren gegenüber Eltern die notwendigen Schutzaspekte für das Kind zu vertreten. Eltern versuchen zu motivieren, entsprechende Hilfen anzunehmen und wenn diese Hilfen nicht angenommen werden, die Gefährdung des Kindes weiter besteht und nicht auf eine andere Art abgewendet werden kann, gegebenenfalls nach einer Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft (§ 4 KKG) auch die notwendigen Informationen an das Jugendamt weiterzuleiten, um die Einleitung von Hilfsmaßnahmen zu ermöglichen. Im Rahmen des sogenannten Bundeskinderschutzgesetzes ist im § 4 KKG eine entsprechende Befugnisnorm zur Weitergabe solcher Informationen ausformuliert worden, welche deutlich macht, dass ein solches Vorgehen keinen Bruch der Schweigepflicht darstellt.

Information und Transparenz als Grundlage therapeutischer Elternarbeit

Nachdem kinder- und jugendpsychiatrische Klinikaufenthalte und -behandlungen nicht zur Regel für Familien gehören, ist die Information und Aufklärung über Art, Dauer, Methoden, notwendiger zeitlicher Aufwand auch der Eltern und Familie im Rahmen der Behandlung der Grundstein für die weitergehende Einbeziehung (vgl. auch FEGERT und KÖLCH 2013, PIONTKOWSKI et al. 2010). Für viele Kinder und ihre Eltern ist die Vorbereitung zur stationären Aufnahme eine sehr aufregende belastende Zeit. Häufig erhalten Kinder hier auch völlig inadäquate Informationen, z. B. durch Hausärzte über den späteren Aufenthalt (vgl. ROTHÄRMEL et al. 2006) Deshalb haben wir an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJP) in Ulm eine sehr realitätsnahe Informationsbroschüre für Kinder im Schulalter erstellt, bei der eine Comic-Figur ihren Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie schildert: »Was ist denn schon normal?« Zusätzlich enthält diese Broschüre auch gezielt Elterninformationen zu bestimmten Bereichen. Dabei ist uns aufgefallen, dass die für Kinder verständliche Darstellung der Abläufe auch dazu führt, dass Eltern besser auf die Zusammenarbeit vorbereitet sind und ihre Kinder auch in der Aufnahmesituation und während der Behandlung besser unterstützen können.

Selbstverständlich müssen Eltern, so nicht etwa ein Jugendlicher dem widerspricht, über die Erkrankung, das Behandlungskonzept aufgeklärt werden. Die Psychoedukation und Aufklärung sind auch für Eltern insofern wichtig, als sie zur Entstigmatisierung führen können, da viele Eltern denken, sie trügen Schuld an der Erkrankung ihres Kindes. Gerade bei sehr schweren Erkrankungen, wie z. B. Psychosen, Suchtstörungen oder Autismus kann eine entsprechende Aufklärung über Ursachen der Erkrankung, günstiges / salutogenetisches Verhalten, Prognose etc. Eltern entlasten.

Kontinuität als Qualitätsmerkmal und Grundvoraussetzung für die Einbeziehung von Eltern in die Therapie

Einbeziehung von Eltern im Rahmen etwa stationärer oder teilstationärer Therapie, die zwar im Vergleich dramatisch kürzer (ca. 70%!) dauert als früher (die durchschnittliche Verweildauer in der stationären KJP sank von 1991 bis 2011 von ca. 126 Tagen auf ca. 38 Tage) heißt in erster Linie einen engen Kontakt zwischen Eltern, fallführendem Therapeuten und dem Bezugsbetreuer möglich zu machen. Eine Grundvoraussetzung dafür ist wiederum, dass die Ressourcen und Ausstattung der Klinik ein Bezugsbetreuersystem (Pflege und Erziehungsdienst) ermöglichen. Ohne diese Grundvoraussetzung kann rein organisatorisch kein enger und kontinuierlicher Kontakt und keine Beziehung zu den Eltern (wie auch zum Patienten) aufgebaut und aufrechterhalten werden. Es ist schlechterdings in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht möglich, mit wechselnden Betreuern intime Probleme der Familie zu besprechen oder alternative Verhaltensweisen mit Familien und dem Patienten zu trainieren. Es wäre zudem rein ökonomisch auch der Informationsverlust zwischen den einzelnen Mitarbeitern und der Familie zu hoch, aus Beziehungssicht wird kein Patient, werden keine Eltern sich bei wechselnden Personen öffnen bzw. auf einen Therapieprozess einlassen, der gerade – und dann paradoxerweise – die Bindungs- und Beziehungsqualität zum Kind verbessern sollte.

In den Rahmen des Vierecks Patient, Eltern, Therapeut, Pflege- und Erziehungsdienst, gehört die Bestandsaufnahme von (subjektiv empfundenen) Problemen, sowohl bei Eltern wie beim Patienten, die Formulierung der Behandlungsaufträge und die Einigung auf wichtige gemeinsame Behandlungsaufträge. Für den Aufenthalt müssen Ziele festgelegt werden, die erreicht werden sollen und Familiengespräche vereinbart werden, die sowohl dem Informationsaustausch, als auch im Sinne der Therapie Veränderungen herbeiführen sollen. Die gemeinsame Suche nach Lösungen bezieht auch Eltern als Experten für ihr Kind ein. Die im Therapieprozess in der Klinik – oftmals leider in einem geschützten und nicht mit dem Alltag vergleichbaren Setting – erarbeiteten Maßnahmen und Strategien müssen im Rahmen der Transmission mit dem Kind geübt werden. Dies kann während Therapien, Besuchssituationen oder Beurlaubungen geschehen.

Dazu ist eine Kontinuität in der Beziehung zwischen Therapeut, Pflege- und Erziehungsdienst und Eltern unabdingbar.

Beispiel der Weiterentwicklung: Pädagogische Elternrunden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum Ulm

Im Rahmen der Verbesserung der therapeutischen Arbeit mit den Familien wurden auf der Kinderstation der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie in Ulm sogenannte pädagogische Elternrunden implementiert. Hintergrund war, dass einmal Eltern noch stärker in die Therapie einbezogen werden sollten, zum anderen aber auch um die Expertise des Pflege- und Erziehungsdienstes aus dem

Alltag mit den Patienten verstärkt in dem Therapieprozess nutzbar zu machen. Insofern sollten die Bezugsbetreuer des Patienten auch im Rahmen der Transmission von Therapieerfolgen in den Alltag des Patienten eine aktivere Rolle spielen. Der theoretische Hintergrund aus dem Pflege- und Erziehungsdienst lag in der Übertragung der Pflegedefizittheorie / Dependenzpflegekompetenz nach Orem auf dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, also die Eltern in einer besonderen Situation darin zu unterstützen, aktiv die Probleme zu bewältigen (HOLoch 2002).

Ziele der pädagogischen Elternrunden waren folgende:

- Erhöhung der Transparenz der milieuthérapeutischen Abläufe für Eltern
- Abbau von Schwellenängsten / Aufbau einer vertrauensvollen, wertschätzenden Basis
- Förderung und Stärkung der elterlichen Kompetenz im Umgang mit der psychischen Erkrankung ihres Kindes
- Definition von Problembereichen im Alltag und Erarbeitung alternativer Handlungsmöglichkeiten
- Schaffen von Verständnis für die Probleme des Kindes
- Hilfe beim Erkennen und Nutzen vorhandener Stärken des Kindes geben
- Kennenlernen anderer betroffener Eltern, Schaffung der Möglichkeit des Austausches untereinander

Dafür wurde ein offenes Gruppensetting gewählt. Die Gruppen finden 14-tägig statt, beinhalten sowohl einen Teil »Input« seitens des Pflege- und Erziehungsdienstes, aber auch einen offenen Teil des Erfahrungsaustausches. Dabei ist der Input nicht im Sinne eines Vortrags durch Experten angelegt, sondern gedacht im Sinne eines offenen Dialogs. Die Erfahrungen waren, dass die Mehrzahl der Eltern an diesen Runden teilnahm und ein verstärkter Kontakt zwischen Eltern und Pflege- und Erziehungsdienst entstand. Für die Mitarbeiter wiederum ergaben sich die Vorteile, dass sowohl ein zunehmendes Verständnis für schwierige familiäre Konstellationen und als auch vermehrt Sicherheit in der Kommunikation mit Eltern in dieser Berufsgruppe entstanden sind. Für die Gesamttherapie konnten diese Runden genutzt werden, da die Elternarbeit im Sinne eines erfolgreichen und stabilen Behandlungsverlaufs intensiviert wurde, bei gleichzeitig besserer Nutzung vorhandener Ressourcen.

Der Problemfall, wenn Eltern nicht verfügbar sind

Zunehmend zum Problem wird es in der kinder- und jugendpsychiatrischen Therapie, wenn Eltern für die Therapie nicht verfügbar sind. Wie oben ausgeführt kann eine Therapie des Kindes in den allermeisten Fällen nicht (gut) gelingen ohne Einbezug der Eltern oder primären Bezugspersonen. Häufiger sind jedoch Väter, gerade bei getrennt lebenden Eltern, nicht verfügbar. Bei Kindern und Jugendlichen in Heimerziehung ist der Kontakt zu den Eltern oft nicht mehr sehr eng und die Eltern sind in die Therapien schlecht integriert.

In seltenen Fällen wünschen Jugendliche, dass die Eltern nichts über eine Therapie erfahren, oder aber, Eltern wünschen keine Therapie, das Kind oder der Jugendliche aber schon. In solchen Fällen bleibt es zwar Ziel die Eltern einzubeziehen, es ist aber dann im Einzelfall auch immer zu prüfen, ob ein Kinderschutzfall mit entsprechenden Implikationen im Familienrecht vorliegt.

Umgekehrt kann es gerade bei länger bestehenden Störungen, bei denen sich ein enges Verhältnis zwischen Therapeuten und Familie herausgebildet hat, im Übergang zum Erwachsenenalter dazu kommen, dass die rechtlichen Voraussetzungen für eine Einbeziehung nicht mehr gegeben sind. Dies kann der Fall sein, wenn sich z. B. ein volljährig gewordener Patient mit Psychose nicht behandeln lassen möchte, aber Eltern z. B. ihn behandeln lassen wollen. Hier ist die Begleitung der Eltern bei der zunehmenden Autonomie ihres Kindes wichtig.

Schlussfolgerung

Therapie eines Kindes und Jugendlichen ist in den allermeisten Fällen ohne Eltern bzw. primäre Bezugspersonen nicht möglich. Die Angehörigenarbeit spielt von daher in der Kinder- und Jugendpsychiatrie seit jeher eine entscheidende Rolle bei den therapeutischen Interventionen. Die Ressourcen der Eltern zu aktivieren, aber auch Grenzen der Veränderungsmöglichkeiten im Familiensystem auszuloten ist eine Aufgabe in diesem Rahmen. Gerade da Eltern ihr Kind über einen längeren Zeitraum einer Klinik anvertrauen – auch wenn dieser Zeitraum in den vergangenen Jahren immer kürzer wurde – bedeutet auch, dass Eltern gegenüber eine hohe Transparenz bezüglich der Therapie angeboten wird, aber auch die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Beziehung zwischen Mitarbeitern der Klinik und den Eltern. Dies betrifft in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht allein die Kontinuität hinsichtlich des fallführenden Therapeuten, sondern auch in der Konzeption des Pflege- und Erziehungsdienstes, der ein Bezugsbetreuungssystem für den Patienten und seine Familie, insbesondere wenn es sich um Kinder handelt, vorhalten sollte. Nachdem eines der vordringlichsten Ziele stationärer und teilstationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung ist, die Verbesserungen im Bereich der Symptomatik und des psychosozialen Funktionsniveaus in den Alltag des Kindes oder Jugendlichen transferabel zu machen, ist die Fortentwicklung bisheriger Konzepte hin zu einer verstärkten Arbeit im Alltagsumfeld des Patienten notwendig.

Literatur

- BOEGE, I./COPUS, N./SCHEPKER, R. (2014): Behandelt zu Hause Gesund werden, in: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Vol. 1, S. 27–37
- FEGERT, J. M./KÖLCH, M. (Hrsg) (2013): Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Auflage: Springer, Berlin Heidelberg.
- HOLOCH, E. (2002): Systematische Förderung der elterlichen Kompetenz. Pr-Internet 4 (2002) 10: 170–176

- KÖLCH, M./SCHMID M. (2008): Elterliche Belastung und Einstellungen zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern: Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Hilfen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57: 774–788
- KOELCH, M./SCHULZE, U. M. E./FEGERT, J. M. (2014): Child and Adolescent Mental Health Care in: John Sadler, Bill Fulford, Werdie van Staden (ed). *Oxford Handbook of Psychiatric Ethics* (in press)
- MELTZER, H./GATWARD, R./GOODMAN, R./FORD, T. (2003): Mental health of children and adolescents in Great Britain. *Int Rev Psychiatry*, 15(1-2):185–187
- PIONTKOWSKI, C./MORS, C./FEGERT, J. M. (2010): Was ist denn schon normal? Mein Aufenthalt in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm, 2. edn, Oktoberdruck, Ulm; Berlin.
- RAVENS-SIEBERER, U./WILLE, N./ERHART, M./ BETTGE, S./WITTCHEN, H. U./ROTHENBERGER, A./HERPERTZ-DAHLMANN, B./RESCH, F./HOLLING, H./BULLINGER, M./BARKMANN, C./SCHULTE-MARKWORT, M./DOPFNER, M. (2008): Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17 (Suppl. 1), 22–33
- ROTHÄRMEL, S./DIPPOLD, I./WIETHOFF, K./WOLFLAST, G./FEGERT, J. M. (2006): Patientenaufklärung, Informationsbedürfnis und Informationspraxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Eine interdisziplinäre Untersuchung zu Partizipationsrechten minderjähriger Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht
- ZIEGENHAIN, U./SCHÖLLHORN, A./KÜNSTER, A.-K./HOFER, A/ KÖNIG, C./FEGERT, J. M. (2010): Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben in: Werkbuch Vernetzung – Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und Kinderschutz, 1., Aufl., Süddeutsche Verlagsgesellschaft, Ulm.
- ZIEGENHAIN U./DENEKE C. (2014):Entwicklungspsychopathologische Voraussetzungen der Erlebens- und Verarbeitungsweisen von Kindern psychisch kranker Eltern. In KÖLCH M./ZIEGENHAIN, .. /FEGERT, J. M. (Hrsg.) *Kinder psychisch kranker Eltern – Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung*. Weinheim: Beltz-Juventa 2014.

Beziehung zum Patienten und seinen Bezugspersonen - ein systemischer Ansatz

Wolfgang Dillo

Im Gesundheitswesen ist man es gewohnt, vorwiegend in Form von Störungsbildern zu denken. Die systemische Therapie bietet eine andere Sicht auf die Erkrankung, sie versteht Gesundheitsstörungen als Teil schwieriger Lebenslagen und zwischenmenschlicher Beziehungen. So kann eine Erkrankung – ein Symptom – als ein Lösungsversuch eines ansonsten unlösbaren Problems verstanden werden. Trifft dieses Verständnis beim Patienten auf Resonanz, wird es ihm möglich, sich der Erkrankung nicht mehr ohnmächtig gegenüber zu sehen und aktiv anderen Lösungsmöglichkeiten auf die Spur zu kommen.

Die Atmosphäre, in der eine Behandlung stattfindet, bestimmt maßgeblich, ob die Betroffenen von unserer Behandlung profitieren können. Eine wertschätzende Sprache und Wortwahl ist von besonderer Bedeutung, da sie unter anderem die Leistung des Patienten anerkennt, sich mit seiner Erkrankung zu arrangieren. Ein Verhalten des Patienten, das einem scheinbaren Fortschritt in der Therapie zuwiderläuft, wird häufig als Abwehr oder fehlende Krankheitseinsicht interpretiert, mit der Folge, dass der Therapeut diese Abwehr zu durchbrechen versucht. Wertschätzend ist es zum Beispiel möglich, dieses Verhalten als eine Leistung anzuerkennen, mit dem es dem Patient gelingt, sein Autonomie zu wahren. Eine neutrale Haltung des Therapeuten gegenüber diesem Verhalten belässt den Patienten in der Verantwortung sich für oder gegen eine Therapie zu entscheiden.

Bleibt der Therapeut neutral, wird er nicht zum Mitspieler im Patientensystem und eröffnet die Möglichkeit wertschätzend mit den bisher gewählten Lösungsmöglichkeiten umzugehen (jeder hat gute Gründe für sein Verhalten). Diese Wertschätzung wirkt sich unmittelbar auf die Atmosphäre aus, in der eine Behandlung stattfindet. Die Neutralität erhöht die Chance, verändernd wirken zu können.

Neben einer wertschätzenden Sprache sollte die gewählte Sprache eine Atmosphäre erzeugen, die fest definierte Zustände aufweicht und verflüssigt. Auf die Frage, was der Grund für einen Behandlungswunsch sei, antworten viele Patienten spontan »ich bin schizophren« oder »ich bin Borderliner«, womit sie signalisieren, dass sie sich mittlerweile mit ihrer Erkrankung identifizieren. Im Gegenzug lässt sich signalisieren, dass man das Gefühl hat, das Gegenüber leide zur Zeit noch an Symptomen wie sie bei einer Schizophrenie vorkommen oder die Person zeige schizophrenes Verhalten.

Chronisch erkrankte Patienten sind es häufig gewohnt von ihrer Krankheit zu erzählen und wenn sie schon öfter Kontakt mit psychiatrischen Einrichtungen hatten, sind sie oft in der Lage eigene Theorien über ihre Erkrankungsursachen zu entwickeln. Meistens stehen sie aber recht hilflos vor der Frage, wie dieses Wissen zur Lösung ihres Problems beitragen könnte. Das Diskutieren eines Problems und dessen Analyse scheint eine Faszination auszulösen, der man nur allzu leicht verfällt, ohne dass dadurch konstruktive Lösungsansätze entstehen. In der systemischen

Behandlung wird daher konsequent versucht, sich der Analyse der Lösung zuzuwenden und der Problemanalyse nur wenig Raum zu geben.

Der systemische Ansatz bietet eine Vielzahl von kreativen Methoden, mit denen es gelingen kann in einer lösungsorientierten Sprache mit dem Patienten in einen vertrauensvollen Kontakt zu kommen.

Zu Beginn einer Behandlung steht wenn möglich eine Auftragsklärung. Welche Erwartung hat der Patient, wenn er sich für eine Behandlung entscheidet. Vor allem aber ist es wichtig zu wissen, was geschehen muss, damit der Patient am Ende der Behandlung zufrieden sein wird. Wie wird er sich dann verhalten und wie werden andere dann auf ihn reagieren. Wem wird es am ersten auffallen und wer wird sich am meisten darüber freuen etc...

Mit respektvoller Neugier lassen sich wichtige Dinge erfragen, ohne dass über Probleme oder Defizite geredet wird. Für den Fall, dass der Patient Aufträge formuliert, die aus Sicht des Therapeuten nicht erfüllbar sind bzw. aus anderen Gründen nicht annehmbar sind, kann man in Verhandlung treten, was eine gemeinsamer guter Auftrag sein könnte.

Wenn der Therapeut meint etwas verstanden zu haben, stellt er dem Patienten diese Erkenntnis als Hypothese zur Verfügung. Bewusst drückt man sich im Konjunktiv aus, als ein Hinweis darauf, dass es sich bei der Hypothese lediglich um einen von vielen möglichen Erklärungsversuchen handelt. Hypothesen bieten die Möglichkeit, vielfältige Ideen zu entwickeln und sie dem Patient mitzuteilen. Der Patient entscheidet selber, ob er auf die angebotenen Hypothesen genauer eingehen will oder nicht.

Therapeuten reden häufig über ihre Patienten. In Übergaben, Visiten und Supervision werden Patientenfälle diskutiert, in der Regel ohne dass den Patienten darüber etwas mitgeteilt wird. Selbstverständlich interessieren sich Patienten dafür, was über sie geredet oder gedacht wird, trauen sich aber nur selten danach zu fragen. Dadurch können Informationen verloren gehen, die für den Patienten bedeutsam sind. Aus systemischer Sicht ist es grundsätzlich ratsam, den Patienten an den Gedanken des Therapeuten teilhaben zu lassen. Hierfür bietet sich die Methode des Reflecting Teams oder auch »Tratschen in Anwesenheit des Betrachten« an. Das Vorgehen ist zunächst etwas befremdlich, da man es nicht gewohnt ist, über eine andere Person in deren Gegenwart zu reden. Wenn man mit einem Patienten allein im Gespräch ist, kann man als Therapeut ankündigen, dass man einfach mal einige Gedanken, die einem durch den Kopf gehen, laut aussprechen möchte. Im Kontext einer psychiatrischen Station können die Teammitglieder im Beisein des Patienten über sein Verhalten reden und ihre Eindrücke formulieren, ohne den Patienten direkt anzureden. Fast automatisch bedient man sich einer wertschätzenden Sprache dem anderen gegenüber und hat dennoch die Möglichkeit, Kritik oder Unmut zur Sprache zu bringen. Wichtig ist natürlich, dass die Aussagen in der Ich-Form getroffen werden. Z. B. »Ich freue mich wenn Herr X in ruhigem Ton mit mir spricht, dann kann ich auch gut zu hören. Wenn ich angeschrien werde, dann werde ich ärgerlich und bin nicht zu einem Gespräch bereit«. Da man den Patient

nicht direkt anspricht, muss er sich auch nicht automatisch angesprochen fühlen, sondern kann sich entscheiden, was von dem Gesagten für ihn von Bedeutung ist. Dennoch hat er auch noch andere Dinge gehört, die möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt wichtig werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es sich bei der systemischen Idee weniger um eine Technik handelt, als mehr um eine Haltung, bei der man dem Patienten auf Augenhöhe mit respektvoller Neugier begegnet.