

Systemische Methoden in der Betreuung und Beratung psychisch kranker Menschen

von Andreas Ullherr

Aufgrund der sich veränderten Klientenstrukturen und der Auflösung der stationären Langzeitbereiche sind Mitarbeiter psychiatrischer Arbeitsfelder heute zunehmend mit den unterschiedlichsten tiefgreifenden Störungsbildern ihrer Klienten konfrontiert. Hierbei wird die Klientendynamik in den letzten Jahren zunehmend durch zwei Gruppen bestimmt (Heltzel 2007, S. 14 ff.). Bei der ersten Gruppe handelt es sich um vorwiegend junge Frauen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, in deren Zentrum eine schwere Störung der Emotionsregulation steht. Die zweite Gruppe bilden junge Männer mit Doppeldiagnosen, d. h. neben der psychotischen Erkrankung sind diese vielfach von Substanzmitteln abhängig. Vor diesem Hintergrund werden die systemische Prozessbegleitung in der Beratungsarbeit psychisch kranker Menschen dargestellt und bezogen auf die jeweiligen Krankheitsbilder einige Grundprinzipien der Anwendung systemischer Methoden beschrieben.

Zielrichtungen von Interventionen in der Beratungsarbeit mit psychisch kranken Menschen

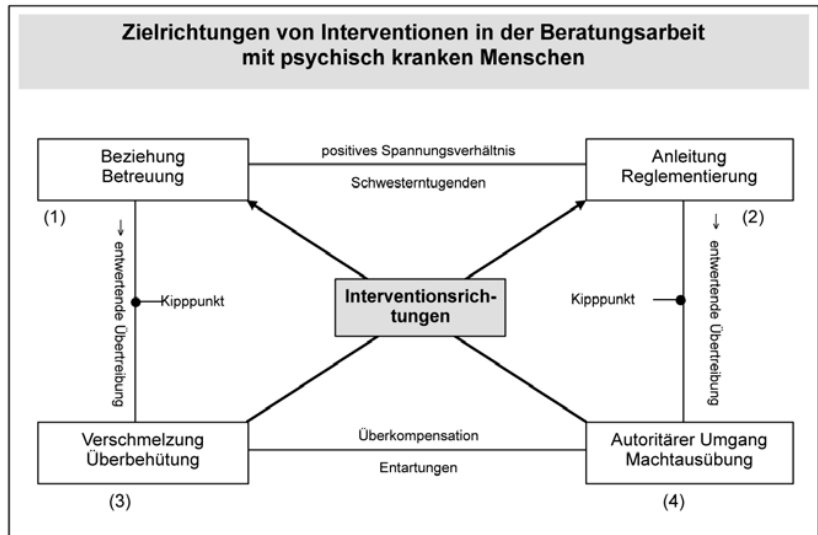
Die Arbeit mit psychisch schwer irritierten Menschen ist auf eine sehr individuelle und lebensweltorientierte Betreuung ausgerichtet. Viele Klienten leiden unter tiefgreifenden inneren Konflikten, quälenden Ambivalenzen und ausgeprägten Ängsten. Dabei kommunizieren die Betroffenen selten digital, sondern teilen sich vielmehr über Handlungssprache mit. Ein Betreuungsteam ist deshalb ständig damit konfrontiert, aus dieser Handlungssprache professionelle Aufträge abzuleiten. Die jeweiligen Diagnosen, welche Standardisierungen und Vergleichbarkeit von Krankheitsbildern beinhalten, bieten in der systemisch orientierten Prozessbegleitung zwar hilfreiche Ansatzpunkte, sagen aber zunächst nichts über die jeweilig individu-

ellen Interaktionsprozesse zwischen den Helfern und ihren Klienten aus, die wiederum in spezielle institutionelle Kontexte eingebunden sind. Diese dialektischen Prozesse lassen sich unter Zuhilfenahme der Grundstruktur des Werte- und Entwicklungsquadrates (Schulz von Thun 1989) verdeutlichen und geben erste Hinweise darauf, wie Zielrichtungen von Interventionen in der Prozessbegleitung psychisch kranker Menschen sicherer bestimmt werden können. Diesem Modell liegt die Annahme zugrunde, dass jeder Persönlichkeitswert nur dann eine konstruktive Wirkung entfalten kann, wenn er sich in einer ausgewogenen Balance zu einem positiven Gegenwert befindet. Wird dieses Spannungsfeld nicht ausbalanciert, dann „kippt“ ein Wert in eine Übertreibung (Schulz von Thun 2006, S. 18 ff.). Mit diesem gedanklichen Werkzeug lässt sich das Spannungsfeld veran-

schaulichen, indem sich psychiatrische Beratungsarbeit bewegt: Die Gestaltung der sozialen Beziehungen innerhalb der Klientengruppen und zwischen den Klienten und dem Beratungsteam wird als positiver Wert in den Mittelpunkt einer fortschrittlichen Betreuung psychisch kranker Menschen in die Position (1) gesetzt. Als positive Schwestertugend lässt sich in Position (2) die Anleitung und Reglementierung im Sinne einer Stärkung der Selbstverantwortung der Klienten festhalten. Die entwertende Übertreibung im Hinblick auf die Beziehung bildet hier die Verschmelzung, die in einer Überbehütung psychisch erkrankter Menschen münden kann, welche sich in Position (3) wiederfindet. Schließlich lässt sich ein autoritärer Umgang, der bis hin zur Machtausübung eskalieren kann, als konträrer Gegensatz zu einer ressourcenorientierten Beratungs- und Beziehungsarbeit am Ende der Dia-

gonalen (4) festhalten. Die jeweiligen Kippunkte zeigen hier die einzuschlagenden Interventionsrichtungen an. Diese dialektische Perspektive lässt sich nun um sechs grundlegende systemische Kriterien bei der Auswahl von Interventionen (Schwing und Fryszer 2009, S. 167 ff.) erweitern:

- **Selbststeuerungsfähigkeit des Systems:** Eine zu stark beziehungs-gesteuerte Arbeit kann in einer Über-versorgung der Erkrankten münden, welche die Entwicklung eigener Lösungswege blockiert.
- **Respekt vor der Selbstorganisation der Klientensysteme:** Der psychisch kranke Mensch wird wieder als Experte für sein Leben gesehen und trägt selbst die Verantwortung dafür, welcher Weg für ihn stimmig ist, ohne jedoch die krankheitsbedingten Einschränkungen zu negieren.
- **Ressourcenorientierung:** Eine zu stark auf Strukturierung und Reglementierung ausgerichtete Betreuung kann im schlimmsten Fall in einen, zur Selbstorganisation des Systems konträren Gegensatz der autoritären Gängelung ausarten. An diesem Kippunkt gilt es wieder, therapeutische Freiräume zu schaffen, welche die Autonomie der Klienten fördert und Anschluss an deren Ressourcen findet.
- **Kontextualisierung:** Eine „ideale“ Betreuung bewegt sich somit nicht in der Mitte zwischen zwei Extremen, sondern orientiert sich immer am Prozessverlauf. Die Vorstellung eines



optimalen Fixpunktes wird aufgegeben und durch die Sichtweise einer dynamischen Balance zwischen einer beziehungs-gesteuerten Beratungsarbeit und der Einforderung von Selbstverantwortung psychisch kranker Menschen ersetzt. Dies lässt sich auch als Yin-Yang-Verhältnis beschreiben: Die beiden Pole durchdringen sich gegenseitig und enthalten jeweils schon selbst ein Spurenelement des Gegenpols (Schulz von Thun 2007, S. 40).

- **Lösungsorientierung:** Dabei wird - im Gegensatz zu einem medizinisch orientierten Krankheitskonzept - nicht auf die mit der Diagnose verbundenen Defizite, sondern auf die Arbeit an Lösungen fokussiert.
- **Einladung zur Veränderung:** In der Kommunikation mit psychisch

kranken Menschen etabliert sich häufig ein Durcheinander von Sach- und Beziehungsebenen und fördert Polarisierungsphänomene. Das Ziel der Interventionen ist es, die Klienten dazu anzuregen, starre innere Bilder aufzuweichen und dysfunktionale Muster zu unterbrechen. Allerdings ist die Nachhaltigkeit der Intervention entscheidend vom Zeitpunkt ihrer Einführung abhängig: Eine zu frühzeitige Harmonisierung birgt eher die Gefahr, dass wichtige Klärungen nicht ausgetragen werden und somit die Tragfähigkeit dieser Lösungsidee nur kurzfristige Effekte bietet. Der Berater handelt deshalb nach dem Prinzip, dass die Integration erst nach der Konfrontation folgt und nicht zu deren Verhinderung (Schulz von Thun 2007, S.

53). Die Begleitung psychisch kranker Menschen durch Krisensituationen im Anschluss an Musterunterbrechungen ist daher einer der wesentlichen Bausteine des Aufbaus einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Erst diese ermöglicht Veränderungsimpulse und die langfristige Entwicklung eines alternativen Verhaltensrepertoires.

Folgender beispielhafter Auszug aus der Verhaltensanalyse einer emotional instabilen Klientin machen die Polaritäten und Kippunkte in der Beratungsarbeit mit psychisch kranken Menschen deutlich:

„Ich weiß, dass ich gestern viel zu weit gegangen bin und ich möchte mich bei euch dafür entschuldigen. Ich war sehr verletzt gestern, weil es euch egal war, was mit mir ist, aber natürlich weiß ich, dass ich nicht erwarten kann, dass ihr mir immer hinterher rennt, wenn es mir schlecht geht, da ich für mich selbst verantwortlich bin. Bloß in so einem Moment ist es sehr schwer für mich, mit dieser Verantwortung umzugehen. Sie ist einfach zu viel für mich. Es ist aber nicht so, dass ich nicht mit mir gekämpft hätte. Doch ich habe es einfach nicht verstanden wieso ihr, nachdem ich einmal ein ernsthaftes Gespräch mit euch gebraucht hätte, einfach gesagt habt, dass ihr jetzt nicht darauf eingehen wollt. Natürlich ist das kein Grund so auszuticken. Doch ich bin mir sicher, wenn ihr mir den Rasierer gegeben hättet, hätte ich mich geschnitten und dann wäre es auch wieder

gut gewesen. Ich habe momentan kein Schneidewerkzeug in meinem Zimmer, weil ich Angst habe, dass ich mich dann noch viel öfter selbst verletze. Was ich damit sagen will, ist, dass ich wirklich gerne etwas an mir verändern möchte. Ich will niemandem wehtun und alles kaputt machen. Doch im Moment seid ihr die einzigen Menschen in meinem Leben, zu denen ich eine so enge Bindung habe und die einzigen, bei denen ich nicht mit der Angst leben muss, wieder alleine gelassen zu werden, wegeschickt zu werden. Aber genau diese enge Bindung macht es mir gleichzeitig auch so schwer noch irgendwelche Grenzen zu erkennen ... Vielleicht wäre ein bisschen Distanz besser. Vielleicht würde ich dann meine Verantwortung für mich selbst besser erkennen und sie auch besser tragen können. Jedenfalls wollte ich euch sagen, dass es mir leid tut, dass es gestern so eskaliert ist und, dass ich euch dankbar bin, dass ihr mich nicht in die Klinik gesteckt habt.“

Systemische Beratung bei Menschen mit einer emotional instabilen Persönlichkeit

Im Zentrum der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) steht eine tiefgreifende Störung des emotionalen Erlebens und der Emotionsregulation. Menschen mit BPS haben Schwierigkeiten mit der Steuerung verschiedener, wenn nicht aller Gefühle. Diese emotionale Dysregulation (Linehan 1996, S. 2 ff.) ist die Folge einer emotionalen Dünnhäutigkeit,

welche durch eine erhöhte Empfindsamkeit gegenüber emotionalen Stimuli und entsprechend intensive Reaktionen auf diese Reize gekennzeichnet ist. Es wird davon ausgegangen, dass in der frühen Entwicklung der Betroffenen unangemessen und unberechenbar auf persönliche Gedanken, Gefühle und Wahrnehmungen reagiert wurde. Menschen mit einer BPS sind somit nicht in der Lage, ihre eigenen Emotionen von denen anderer Menschen zu unterscheiden. Sie haben nicht gelernt, Erregungen zu benennen, zu regulieren und emotionale Spannungen aushalten. Treten nun emotionale Spannungszustände auf, greifen die Betroffenen auf rasch wirksame Entlastungsstrategien zur Emotionsregulation wie beispielsweise Drogen, Alkohol, riskantes (auch sexuelles) Verhalten, Essattacken und/oder Selbstverletzungen zurück. Dieser dysfunktionale Lebensstil führt zu vielen und häufigen Krisen, was mit langfristig negativen Folgen für das soziale Leben und die eigene Gesundheit verbunden ist (Höschel, Pflüger und Bohus 2009, S. 20 ff.).

Beziehungsmuster

Die therapeutischen Interaktionen zwischen den Klienten mit einer BPS und den professionellen Helfern ist durch folgende Beziehungsmuster gekennzeichnet (Schweitzer und Schlippe 2006, S. 143 f.):

- **Einladung zum Mitagieren:** Es herrscht eine meist hohe Psychodynamik mit heftiger Konfliktspannung und einer engagiert gesuchten Parteilichkeit.
- **Einladung zur Spaltung:** Die Betroffenen wechseln sehr schnell und unmittelbar in der Bewertung der Therapiebeziehung. Diese ist geprägt durch eine hohe Ambivalenz. Es geht oft um „Alles oder Nichts“, d. h. die Betroffenen schwanken zwischen dem Wunsch nach symbiotischer Nähe zum Helfer und dem Abbruch der therapeutischen Beziehung.
- **Einladung zur Langzeittherapie oder zum Abbruch:** Menschen mit BPS testen immer wieder die Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung durch Bewertungen und Krisen. So prüfen sie, ob sie anders als in früheren Beziehungserfahrungen ausgehalten werden können. Daher ist der Abbruch der Therapie oft über lange Strecken ein Thema.
- **Einladung zur Kontextausblendung:** Die Stimmung und das Verhalten wechseln derart häufig und unmittelbar, dass kaum Zeit bleibt, den roten Faden in der Hand zu behalten. Dabei haben die Betroffenen ganz feine Antennen für die Befindlichkeiten der Menschen in ihrer Umgebung. Sie sind gute Beobachter und können ihre Wahrnehmungen - im Gegensatz zu Menschen mit psychotischen Störungen - sehr differenziert kommunizieren. Gleichzeitig verfügen sie jedoch über eine schwach aus-

geprägte Wahrnehmungsdifferenzierung und wenig innere Struktur. Diese Diskrepanz (Pseudo-Kompetenz) drückt sich darin aus, dass krisenauslösende Bedingungen, welche das problematische Verhalten aufrechterhalten, oft völlig ausgeblendet (dissoziiert) werden.

Methoden

Im Zusammenhang mit Spannungszuständen ist bei Menschen mit BPS durchweg eine dissoziative Symptomatik (Störung des Denkens und der Wahrnehmung) zu beobachten. In Krisensituationen ist somit eine kognitive Bearbeitung unmöglich. Ist die emotionale Erregung erst einmal aufgetreten, findet nur sehr langsam eine Rückkehr zum emotionalen Grundniveau statt. Grundsätzlich ergibt sich daraus, dass die inhaltliche Bearbeitung erst im Anschluss an Krisen beginnen kann. Auf der Basis solcher Überlegungen kommt ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept der BPS (Bateman und Fonagy 2008) zu dem Schluss, dass eine zu stark auf Beziehung angelegte Beratungsarbeit bei Menschen mit BPS kontraindiziert scheint. Diese blockiere eher die Fertigkeit der Klienten, innere Geistes- und Gefühlszustände anderer Menschen und der eigenen Person zu erfassen, weil sich in einer zu engen Berater-Klienten-Beziehung leichter frühe, traumatisierende Beziehungserfahrungen aktualisieren können. Hier finden auch die Überlegungen der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) von Marsha M. Linehan (1996) Anschluss, in der auf

selbstschädigendes und suizidales Verhalten mit einer nüchternen, distanzierenden und unter Umständen sogar provozierenden Haltung reagiert wird. Dennoch erklärt Linehan die therapeutische Beziehung, welche Wärme, Flexibilität und Verständnis ausstrahlt, zum wesentlichen Element des therapeutischen Prozesses. Im Unterschied zu kognitiv-behavioralen Standardtherapien setzt somit auch die DBT einen Schwerpunkt auf eine dialektische Prozessbegleitung und steht daher in großer Nähe zu systemischen Theorien (Linehan 1996, S. 7). Folgende, weiterführende systemisch-methodischen Überlegungen koppeln an diese Vorstellungen an:

- **Ziel- und veränderungsorientierte Auftragsklärung:** Ambivalentes Verhalten wird erlaubt und geschätzt. Was soll nicht passieren? Was ist die Skepsis des Klienten? Welche Themen sind zu belastend, um besprochen zu werden? Solche Fragen sollten in der Beratung besprochen werden, um die hohe Ambivalenz aufzugreifen. Dies schafft Sicherheit und Kontrolle für den Klienten. Verschiedene Strategien zur Auftragsklärung finden hier ihre Anwendung: In der Beratung können die Vor- und Nachteile der Behandlung erarbeitet und dem Klienten Wahlmöglichkeiten aufgezeigt werden, im Sinne einer besten Alternative zu der aktuellen Behandlungsform. Damit verbunden geht es eher um einen spielerischen Umgang mit den beiden Seiten der

Ambivalenz. Beispielsweise kann der Abbruch der Therapie als eine Lösungsmöglichkeit in Betracht gezogen werden, um eine Idee davon zu bekommen, warum sich deren Fortführung lohnen würde. In Krisensituationen kann an bisher gültige Absprachen und Zusagen erinnert und um die weitere Mitwirkung der Betroffenen gebeten werden. Hier geht es immer wieder auch um Motivationsarbeit und das Ausloten von Grenzen, denn im Widerstand gegen diese, lernen die Klienten, ihre Selbstkompetenzen zu erweitern.

- **Zielhierarchisierung:** Dabei ist auf eine gute Balance zwischen Bewahrung und Veränderung zu achten, insbesondere im Hinblick auf die Formulierung eigener Wünsche und Zielvorstellungen. Eine Lösung kann darin liegen, unterschiedliche Entwicklungsziele, die nicht gleichzeitig erreicht werden können, in eine Hierarchie zu bringen. Hierfür muss die Entscheidung für eine Rangfolge getroffen und Zeit und Geduld sich selbst gegenüber aufgebracht werden. Hierbei steht zu Beginn der Beratung das Normalisieren durch Humor, sanfte Ironie, Übertreibung und Zuspitzung im Vordergrund. Im Anschluss an ein homöopathisches Grundprinzip kann der Berater immer eine kleine, „hochverdünnte“ Dosis des Verhaltens analog zu dem des Klienten nutzen, indem er sich auch einmal ambivalent, widersprüchlich, ungeduldig oder ahnungslos zeigt. In

dieser Verhaltensspiegelung erkennen sich Klienten häufig wieder. Diese bietet die Möglichkeit eines Einstieges in die Auseinandersetzung mit einem Perspektivwechsel. Dabei wird deutlich, dass Menschen mit einer BPS zunächst überhaupt keine Vorstellung davon haben, wie sie sich als gesunden Menschen überhaupt sehen würden, gleichzeitig wird diese Vorstellung auch als bedrohlich erlebt. Hier ist es hilfreich, zunächst zu besprechen, was z. B. Lebensqualität für die Betroffenen bedeutet und woran andere Menschen in ihrem sozialen Umfeld beobachten könnten, dass ihnen die Lebensbewältigung besser gelingt. Im weiteren Verlauf werden vermehrt aktuell beobachtbare Verhaltensmuster angesprochen. Dabei ist eine gute Krisendokumentation mit der Sammlung harter Daten wie beispielsweise der Anzahl an Klinikeinweisungen oder der konkreten Beschreibung von Selbst- und Fremdgefährdungssituationen hilfreich, um darüber in einen Austausch mit dem Klienten zu kommen. Später wird versucht, die problemaufrechterhaltenden Bedingungen zu explorieren, also herauszuarbeiten, welche konkreten Situationen im Alltag Spannungszustände auslösen. Dies erfolgt durch akribische Nachbesprechungen von Krisensituationen, welche analysieren, wie sich ein Spannungszustand in einer Alltagssituation nach und nach aufgebaut hat. Am Ende steht die Entwicklung weniger schmerz-

hafter, lästiger und aufwendiger Verhaltensweisen zur Emotionsregulation im Fokus. Hier geht es in der Beratung um die Frage, welche neuen Strategien zur Emotionsregulation bisher einmal hilfreich waren und wie es gelingen kann, mehr von diesen Verhaltensweisen zu zeigen. Skalierungsfragen, z. B. die Einordnung auf einer Skala von 1-10, erweisen sich hier als ein hilfreiches Instrument, um eine Selbsteinschätzung bzgl. des Spannungsniveaus oder der Selbst- und Fremdgefährdung zu treffen. Dies schafft Selbstkompetenz und markiert Unterschiede.

- **Verantwortung übertragen:** Regressive Muster der Klienten können durch das Ansprechen in der Rolle des erwachsenen Gegenübers unterbrochen werden. Dadurch werden auch Retter-Phantasien gestoppt. In der Nachbesprechung von Krisen können über hypothetische Fragen Worst-Case-Szenarien antizipiert werden: Was könnte im schlimmsten Falle passieren? Was müssten Sie tun, um die Eskalation noch weiter auf die Spitze zu treiben? Was müssten Sie tun, um wieder in die Klinik zu kommen? Hier handelt der Berater nach dem Prinzip: Was dissoziiert wird, muss assoziiert werden und umgekehrt. Emotional instabile Menschen haben dabei i.d.R. in langen stationären Behandlungen gelernt, ihre Zugehörigkeit zu Mitpatienten über symptomatisches Verhalten aufrecht zu erhalten und sich gleichzeitig

fehlende innere Strukturen über professionelle Helfer zu organisieren. Ein Behandlungssystem, welches dabei zu sehr auf Sicherheit und Standardisierung setzt, den Klienten wenig Eigenverantwortung zutraut und wenig experimentell arbeitet, ist somit weniger in der Lage, alte Verhaltensmuster zu durchbrechen. Auf der anderen Seite führt ein zu starkes Mitschwingen des Betreuungsteams bei den Betroffenen zu einem Gefühl der Unberechenbarkeit gegenüber therapeutischen Interventionen. Deshalb darf sich ein Team nicht dazu verführen lassen, den Schwerpunkt der Betreuung auf die manipulativen Verhaltensweisen und deren Verhinderung zu legen, sondern muss vielmehr den gesamten Beratungs- und Gruppenprozess im Auge behalten und analysieren, welche Bedingungen hier problematisches Verhalten fördern bzw. mindern. Dies beinhaltet vor allem auch konzeptionelle Überlegungen. So zeigt sich in stationären Wohngruppen, dass eine ausgewogene Mischung der Krankheitsbilder und Geschlechterverteilung sich eher förderlich auf die Gesundheit des Einzelnen auswirkt.

In meiner alltäglichen Arbeit mit vielen jungen emotional instabilen Frauen bilden sich in den langen Betreuungsprozessen als vordergründiges Muster immerwährende Verlassensängste ab. Die Angst davor, wieder alleine gelassen und enttäuscht zu werden - wie in

frühen Beziehungserfahrungen - bestimmen den täglichen Umgang. Um neuerlichen Enttäuschungen auszuweichen, wird oft versucht, diese über massive Krisen vorwegzunehmen. Die Psychodynamik gleicht einer gesteigerten Pubertät, und krisenhafte Muster zum Spannungsabbau werden zur Routine und verselbständigen sich zudem über die langen Aufenthalte in psychiatrischen Versorgungsangeboten. Zu Beginn des Betreuungsprozesses ist ein langer Atem im Aushalten der Krisenzeiten unabdingbar. Immer und immer wieder müssen Krisen zusammen mit den Betroffenen durchgestanden und nachbearbeitet werden. Erst dies schafft Sicherheit, reduziert die Angst und ermöglicht den Klienten das Lernen am Modell: „Wenn die Betreuer mich aushalten, dann kann ich mich selbst auch aushalten“. Eine zu frühzeitige Krisenintervention über Klinikeinweisungen führt oft zur Reinszenierung früherer Beziehungsabbrüche. In der Nachbesprechung von Krisen berichten Klienten immer wieder, dass die gemeinsame Bewältigungserfahrung ihre Bereitschaft zur Mitwirkung am Therapieprozess erhöht hat. Dies ist ein „Pfund“, mit dem in der weiteren Betreuungsarbeit „gewuchert“ werden kann, denn erst wenn über den Aufbau einer tragfähigen Beziehung bei den Klienten das Gefühl entsteht, etwas verlieren zu können, steigt deren Selbstbeteiligung. Solche akute Phasen können sich über viele Monate hinziehen und erst im Anschluss an diese lassen sich neue Verhaltensmuster etablieren. Neben klaren Rege-

lungen wie beispielsweise dem Umgang mit Wundversorgung, Abstinenz von Alkohol und Drogen, Sanktionierung von Fremdgefährdungen oder Einnahme von Medikamenten, müssen dazu - unabhängig von starren Hausregeln - Spielräume zu Verhaltenserprobung ermöglicht werden. Die Suche nach einer Partnerschaft und Freundschaften, das Ausprobieren verschiedener Arbeitsmöglichkeiten, die Weiterentwicklung von Freizeitinteressen oder die Bearbeitung von Konflikten auf der Wohngruppe sind im Streben der Klienten nach eigenen Lösungsmöglichkeiten stets ressourcenorientiert zu begleiten, auch wenn wir als Professionelle dem oft skeptisch gegenüberstehen sollten. Im Zentrum der Beratungsarbeit steht somit nicht ein standardisiertes Vorgehen, welches sich aus einer Diagnose ableitet, sondern es geht vielmehr darum, auszuprobieren, welche Interventionen Anschluss an das jeweilige Klientensystem finden.

Systemische Beratung bei Menschen mit psychotischen Verhaltensweisen

Psychose ist hier ein Sammelbegriff für Zustände besonders stark veränderten Erlebens und Verhaltens, die einem Außenstehenden nicht oder nur begrenzt nachvollziehbar erscheinen. Sogenannte positive Symptome wie bspw. Halluzinationen, Wahnvorstellungen und negative Symptome wie bspw. sozialer Rückzug und Energielosigkeit treten dabei in unterschiedlichen Niveaus auf (Schweitzer und

Schlippe 2006, S. 43 ff.). Heute wird im psychiatrischen Kontext das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Ciompi 1998) für die Erklärung der Entstehung von Psychosen favorisiert. Dieses Modell geht davon aus, dass langfristige Wechselwirkungen zwischen angeborenen und erworbenen Faktoren zu einer besonderen Dünnhäufigkeit (sogenannten Vulnerabilität) führen. Begünstigt von sozialen und biologischen Stressoren kommt es schließlich zum Ausbruch der Erkrankung. Soziale und biologische Schutzfaktoren reduzieren hingegen das Erkrankungsrisiko. Im Gegensatz dazu fokussieren systemische Modelle auf Ressourcen und zirkuläre Prozesse. Mittlerweile setzen sich zunehmend integrative systemische Modelle durch, welche ressourcenorientierte systemische Betrachtungsweisen mit empirisch psychiatrischen Forschungsergebnissen verbinden (Ruf 2009, S. 357 ff.).

Beziehungsmuster

Die größte Klientengruppe setzt sich aus jungen Männern zusammen, die wenig bis keinen familiären Halt für ihre Problematik erfahren haben und nach aufgelösten psychotischen Episoden - oft auch unfreiwillig - einer Akutbehandlung und anschließend einer Weiterbetreuung bedürfen. Folgende Beziehungsmuster bilden sich dabei ab (Heltzel 2007, S. 13 ff., Schweitzer und Schlippe 2006, S. 48 ff.):

- **Nachreifungsproblematik:** Psychotische Menschen rufen in Mitarbeitergruppen regressiv Reaktionen hervor, welche die inneren Ambi-

valenzen und Konflikte der Klienten widerspiegeln. Umgekehrt reagieren die Betroffenen äußerst sensibel auf Konflikte im Betreuungsteam.

- **Weiche Wirklichkeitskonstruktion:** Innerhalb weicher Wirklichkeitskonstruktionen bleibt die Kommunikation stets vage, unbestimmt und uneindeutig. Diese Konstruktion erlaubt es in der physischen Beziehung zu bleiben und sich zugleich ein Stück weit zu entfernen, um so sicher zu sein, sich nicht in der Kommunikationsgemeinschaft zu verlieren.
- **Exkommunikation:** Wird die Kommunikation zu abweichend, droht allmählich die Ausstoßung aus der gleichberechtigten Kommunikation in den vorhandenen sozialen Bezügen (Exkommunikation). Die unterschiedlichen Abweichungen führen dabei zu entsprechend unterschiedlichen sozialen Reaktionen: Zeigt der psychotisch diagnostizierte Mensch zu viele skurrile Verhaltensweisen wie bspw. Wahnvorstellungen und Halluzinationen (Plussymptomatik), laden diese zu reglementierenden Maßnahmen der sozialen Kontrolle ein. Zeigt der Klient kein oder zu wenig von dem, von ihm erwartetem Verhalten, indem er den sozialen Rückzug antritt und/oder antriebslos wird (Minussymptomatik), laden diese die Helfer zu aktivierenden und kompensierenden Therapiemaßnahmen ein.

Methoden

Da psychotische Menschen dazu verfüh-

ren, sich weniger auf das beobachtbare Verhalten zu beziehen, sondern vielmehr dessen Ursachen zu betrachten, können Diagnosen schnell den Charakter eines „Freibriefes“ bekommen, bei dem grenzüberschreitendes Verhalten nicht geahndet, sondern als Ausdruck der Erkrankung gedeutet wird. Im systemischen Denken wird jedoch davon ausgegangen, dass jeder Mensch - psychotisch oder nicht - Einfluss auf sein Verhalten nehmen kann. Diese Konstruktion scheint hilfreich, um in der Beratungsarbeit das gezeigte Verhalten als Ausdruck von Bedürfnissen umzu- deuten, wodurch wiederum alternative Verhaltensweisen ermöglicht werden. Neben viel Zuwendung und Empathie sind somit auch fürsorgliche und engmaschige Strukturen notwendig. Das zentrale Ziel der systemischen Beratung mit psychotisch diagnostizierten Menschen ist somit deren Entpathologisierung (Mücke 2009, S. 243 ff., Schweitzer und Schlippe 2006, S. 55 ff.):

- **Rückübersetzung psychotischer Symptome in Bedürfnissprache:** In der systemischen Beratungsarbeit kann somit das gezeigte Verhalten als Ausdruck zugrundeliegender Bedürfnisse wahrgenommen und mit Hilfe von systemischen Fragen und Hypothesen die Bedürfnisse hinter den Symptomen bewusst gemacht werden und dazu Anregungen geben, wie sich diese in der Realität erfüllen lassen könnten. Bei dieser Übersetzungsarbeit kommt hinzu, dass die Teilnahme an Therapiemaßnahmen i.d.R.

mehr oder weniger unfreiwillig erfolgt und die Klienten häufig überhaupt keine Idee davon haben, mit welchen Beeinträchtigungen ihre Erkrankung einhergeht. Dabei dient die Ablehnung von Hilfeangeboten auch der Aufrechterhaltung der eigenen Autonomie und verdeutlicht den Wunsch, eigene Vorstellungen der Problemlösung umzusetzen. Aus dieser Perspektive haben die Klienten somit oft gute Gründe, Problemdefinitionen der professionellen Helfer abzulehnen. Da in Zwangskontexten immer Institutionen der sozialen Kontrolle, z. B. das Gericht, Gesetze (richterliche Unterbringungsbeschlüsse, Führungsaufsichten), gesetzlich bestellte Betreuer, Psychiater, usw. involviert sind, definieren „Dritte“ bestimmte Verhaltensweisen der Klienten als Problem. Hier können Zwangskontexte konstruktiv genutzt werden (Conen 1999, S. 282 ff.), indem man das Dilemma aller Beteiligten als Ressource nutzt und die dritte Partei in die Beratung mit einbezieht, um Konfliktumleitungen aufzuheben (De-Triangulation). Über zirkuläres Fragen kann so eine Auftragsklärung erfolgen: Woran würde der Richter merken, dass ein Unterbringungsbeschluss bei Ihnen nicht mehr nötig ist? Wie könnten wir Ihnen helfen, dass Ihnen während Ihrer Bewährungszeit keine Verstöße gegen Auflagen passieren? Wann würde Ihr gesetzlicher Betreuer Ihnen zutrauen, in einer eigenen Wohnung zu leben? Unter welchen Voraussetzungen wäre

Ihr Psychiater bereit, die verordnete Medikation zu reduzieren? Bei allen Fragen geht es darum, dass die Klienten sich damit auseinandersetzen, welche Verhaltensweisen Institutionen dazu veranlassen, zu intervenieren. So kann eine Auseinandersetzung mit den Sichtweisen der anderen erfolgen, ohne dass sich der Berater an der Problemdefinition beteiligt.

- **Wiedereinführung des Exkommunizierten in die Kommunikation:** Dies beinhaltet zunächst das direkte, vernünftige und klare Sprechen mit dem Klienten, unabhängig davon, wie schillernd oder verflucht sich dieser gerade im Kontakt zeigt. Dabei signalisiert der Berater dem psychotisch diagnostizierten Menschen, dass seine Absicht verstanden und wertgeschätzt werden kann, auch wenn der Inhalt nicht verstehbar scheint. Im Sinne einer Validierung wird dem Gegenüber damit vermittelt, dass dessen subjektive Sichtweise der Dinge nachvollziehbar ist. Es bedeutet jedoch nicht, zwangsläufig die Meinung des anderen zu teilen.
- **Infragestellung des Krankheitskonzeptes:** Der Berater verfolgt die Strategie, psychotisches Verhalten als Handlung zu betrachten, zu der sich der Klient entscheiden kann. Dies impliziert, dass die Veränderung von Kontextbedingungen Einfluss auf den Verlauf der Psychose haben kann. Dies gilt insbesondere für Klienten, deren Krankheitsausbruch unter fünf Jahren liegt. Langzeitpatienten hin-

gegen reagieren eher ängstlich auf solche Infragestellungen. Beispielfähig könnten hier folgende systemischen Fragen zur Kontextualisierung in der Beratungsarbeit genutzt werden: Welche Verhaltensweisen müssten Sie zeigen, damit Ihr näheres Umfeld Sie als „verrückt“ bzw. gesund beschreiben würde? In welchen Situationen fühlen Sie sich mehr oder weniger durch Ihre Problematik beeinträchtigt? Wann, wo und wem gegenüber genau? Wenn Sie psychotisch sind, wer reagiert dann wie darauf? Woran würde das Betreuungsteam merken, dass Sie wieder in eine Krise rutschen?

- **Entpathologisierung und Psychoedukation:** Es wird also exploriert, durch welche Bedingungen das psychotische Verhalten aufrechterhalten wird und was und wie alle an der Behandlung Beteiligten zur Chronifizierung beitragen. Symptomatischen Verhaltensweisen wird dabei immer wertschätzend begegnet und in der Beratung eine Sinngebung gefördert, indem man sich auf die Suche nach Kontexten begibt, in denen psychotische Verhaltensmuster eine sinnvolle und bedeutsame Funktion erfüllen könnten. Daran kann die Umdeutung (Reframing) anschließen, welche das abweichende Verhalten in einen anderen Bezugsrahmen stellt. Dieser neue Rahmen verändert die Bedeutung des Geschehens: Beispielsweise können dann Symptome als Lösungsversuche betrachtet und die Skepsis gegenüber Hilfsangeboten als Fürsor-

ge für sich selbst verstanden werden. Psychotisches Verhalten kann einen Bindungs- und Nichtbindungswunsch ausdrücken oder eine lange Krankheitsgeschichte kann als ein hohes Maß an Lebenserfahrung umgedeutet werden. Hierzu gehört auch die Aufklärung und kritische Auseinandersetzung mit der Entstehung, der Diagnose, dem Verlauf und den Behandlungsmöglichkeiten (inkl. Medikation) der Erkrankung.

In der Alltagsbegleitung der jungen psychotisch erkrankten Männer treffe ich nahezu durchgehend auf Klienten, die nur ganz vage Vorstellungen und Einsichten in die Bewältigung ihrer Erkrankung gefunden haben bzw. sich überhaupt nicht als beeinträchtigt oder krank erleben. Der Einstieg in die Beratungsarbeit ist dabei stets geprägt von Ankoppelungsversuchen an ihre Ideen, Wünsche und Bedürfnisse. Hier machen die Klienten oft zum ersten Mal die Erfahrung, dass nicht die Professionellen, sondern sie selbst die Rolle des Experten für ihr eigenes Leben inne haben. Die Festlegung auf eine medizinische Diagnose als unumstößliche Wirklichkeitskonstruktion mit den entsprechenden Schlussfolgerungen (Begründung für richterliche Unterbringung, Einsetzen eines gesetzlichen Betreuers, Einstellung auf Psychopharmaka, Stigma der Erkrankung) wirken für die Klienten oft höchst bedrohlich. Dabei ist es hilfreich, viel Zeit in die Auseinandersetzung mit den eigenen Hypothesen der Klienten bzgl. der Entwicklung

ihrer Problematik zu investieren und Symptome im alltäglichen Bezugsrahmen sorgfältig zu beschreiben. Zudem stehen die Klienten einer Behandlung und insbesondere einer medikamentösen Einstellung eher ablehnend gegenüber, können Absprachen schwer einhalten und es kann zu Verstößen gegen Hausordnungen bis hin zu selbst- und fremdgefährdenden Verhaltensweisen kommen. Die gemeinsame Erörterung von psychiatrischen Befunden, die Diskussion von Konsequenzen und die Realitätsorientierung sind deshalb zentrale Themen der Beratungsarbeit. Hierzu können über hypothetische Fragen Zukunftsperspektiven erarbeitet und auf einer gedanklichen Ebene durchgespielt werden, ohne dass diese sofort umgesetzt werden müssen (Einmal angenommen, Sie würden wieder in einer eigenen Wohnung leben. Wie könnte dies aussehen? Unter welchen Umständen wäre dies möglich? Was könnte im schlimmsten Fall passieren? Woran würden Ihre Angehörigen, Ihr Betreuer, der Psychiater, der Richter erkennen, dass Sie zu einem eigenständigeren Leben in der Lage sind?). Hierbei ist die Aktivierung von vergangenen Erfolgs- und Lösungsgeschichten hilfreich, um Anschluss an die vorhandenen Ressourcen zu bekommen und das Erleben im Hier und Jetzt positiv zu verändern (Wie haben Sie es geschafft, die Krisenzeiten zu überstehen? Was hat Ihnen geholfen, am Leben zu bleiben? Wie haben Sie vor der Erkrankung gelebt?). Aus meiner Erfahrung lässt sich die Eigenverantwortung insbesondere am

Themenkomplex der medikamentösen Einstellung exemplarisch erarbeiten und fördern. In enger Abstimmung mit dem Helfersystem (behandelnden Ärzten, Kliniken, gesetzlichen Betreuern) und nach Aufklärung über die damit verbundenen Risiken, können den Betroffenen neue Wahlmöglichkeiten eröffnet werden, indem man die Klienten bei der Neueinstellung, Reduzierung bzw. sogar dem Absetzen der Medikation unterstützt. Dies kann in der medizinisch orientierten Psychiatrie zunächst auf viele Widerstände treffen, da auch psychotische Dekompensationen in Kauf genommen werden müssen. Jedoch führen solche therapeutisch indizierten Krisen, mit entsprechenden Frustrationen auf beiden Seiten, oft langfristig zu einer wesentlich tragfähigeren Compliance, da es die Selbsteinschätzung in die Beeinträchtigung durch die Erkrankung fördert sowie neue Aushandlungsprozesse bzgl. der Art und des Umfangs von Betreuungsangeboten anstößt. Hier können die Energien des Klientensystems positiv genutzt werden und bleiben weniger in Reibungsverlusten bzgl. der Diskussion über die „richtige Diagnose“ und deren Behandlungsmöglichkeiten gebunden.

Die Helfer bewegen sich dabei immer im beschriebenen Spannungsverhältnis zwischen fordernden, reglementierenden Therapieelementen und einem zugewandten, gewährenden Rahmen. Es ist eine ständige Gradwanderung zwischen den Polen, Forderungen zu stellen bzw. sich und dem Klienten Zeit zu lassen.

Hier stehen die Professionellen vor der Schwierigkeit, flexibel auf die individuellen Lebenslagen der Betroffenen zu reagieren und gleichzeitig klare soziale Gruppennormen zu setzen (Lorenzen 1992, S. 177 ff.).

Wie Aaron Antonovsky (1997) in seinem Salutogenesekonzept beschreibt, trägt prinzipiell die Möglichkeit für (psychisch kranke) Menschen, ihre (emotional-instabilen und psychotischen) Verhaltensweisen wieder in einem sinnstiftenden Kontext betrachten zu können, mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer besseren Bewältigung ihrer traumatischen Erfahrungen bei. Systemische Konzepte und Methoden können die Suche nach solchen Sinnzusammenhängen fördern und helfen, psychische Erkrankungen wieder phänomenologisch/anthropologisch (Bock 2011, S. 229 ff.) zu betrachten, um so statt Pathologisierung eher die Selbstorganisation der Klientensysteme zu fördern.

Literatur:

ANTONOWSKY, Aaron: *Salutogenese: Zur Entmythifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag, 1997;
BATEMAN, Anthony W. und Peter FONAGY: *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2008;
BOCK, Thomas: *Sinnsuche in der psychischen Störung: Ein narrativer Ansatz in der Psychiatrie*. In: *Kontext, Zeitschrift für Systemische Therapie und Familientherapie*, 3. 2011;
CIOMPI, Luc: *Affektlogik: Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung: Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung*. 5., erw. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta, 1998;
CONEN, Marie-Luise: *„Unfreiwilligkeit“ - ein Lösungsverhalten: Zwangskontexte und systemische*

Therapie und Beratung. In: *Familiendynamik, Interdisziplinäre Zeitschrift für system-orientierte Praxis und Forschung*, 3. 1999;
HELTZEL, Rudolf: *Basiswissen: Supervision und Beratung in der Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2007;
HÖSCHEL, Klaus, Stephanie PFLÜGER und Martin BOHUS: *Die Borderline-Persönlichkeitsstörung und ihre Behandlung*. In: *Praxis im Dialog*, 2009;
LINEHAN, Marsha: *Trainingsmanual zur Dialektischen-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien, 1996;
LORENZEN, Ulrich: *Soziotherapeutische Behandlung ehemaliger Psychatriepatienten mit der Doppeldiagnose „Schizophrenie und Suchtmittelmissbrauch“*. In: Dirk R. Schwoon; und Michael Krausz (Hrsg.): *Psychose und Sucht: Krankheitsmodelle, Verbreitung, therapeutische Ansätze*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 1992;
MÜCKE, Klaus: *Systemische Psychotherapie bei „psychotischen“ Erlebens- und Verhaltensweisen. Ideen, Hinweise und Anregungen*. In: *Kontext, Zeitschrift für Systemische Therapie und Familientherapie*, 3. 2009; RUF, Gerhard Dieter: *Vom Krankheitsmodell zum Lösungsmodell. Eine systemische Nutzung psychiatrischer Begriffe*. In: *Kontext, Zeitschrift für Systemische Therapie und Familientherapie*, 4. 2009;
SCHULZ VON THUN, Friedemann: *Miteinander reden: 2: Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung: Differentielle Psychologie der Kommunikation*. Sonderausgabe Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 2006;
SCHWEITZER, Jochen und Arist von SCHLIPPE: *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II: Das störungsspezifische Wissen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2006;
SCHWING, Rainer und Andreas FRYSZER: *Systemisches Handwerk: Werkzeug für die Praxis*. 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2009.