

Jochen Schweitzer / Elisabeth Nicolai

# **SYMPAthische Psychiatrie**

Handbuch systemisch-  
familienorientierter Arbeit

Vandenhoeck & Ruprecht





Jochen Schweitzer / Elisabeth Nicolai

# SYMPAthische Psychiatrie

Handbuch systemisch-  
familienorientierter Arbeit

Mit 16 Abbildungen und 5 Tabellen

Vandenhoeck & Ruprecht

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-525-40162-0

© 2010, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen / [www.v-r.de](http://www.v-r.de)  
Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne vorherige schriftliche Einwilligung des Verlages öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies gilt auch bei einer entsprechenden Nutzung für Lehr- und Unterrichtszwecke. Printed in Germany.

Satz: textformat, Daniela Weiland, Göttingen  
Druck und Bindung: ⊕ Hubert & Co., Göttingen

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

# Inhalt

<b>1 Vorwort</b> . . . . .	9
<b>2 Das SYMPA-Projekt</b> . . . . .	11
2.1 Was ist eigentlich SYMPA? . . . . .	11
2.2 SYMPA – Die Projektgeschichte . . . . .	12
2.3 SYMPA – Die Akteure und ihr Einsatz . . . . .	19
<b>3 Theorie systemischer Psychiatrie</b> . . . . .	21
3.1 Übersicht . . . . .	21
3.2 Erzähltes, gelebtes, erlebtes Leben: Psychiatrie als Kommunikation . . . . .	22
3.3 Therapie, Fürsorge, Asyl und Zwang: Kontexte systemisch-psychiatrischer Tätigkeiten . . .	23
3.4 Psychiatrie und Familie: Die Geschichte einer allmählich evolvierenden Kooperation . . . . .	24
3.5 Harte und weiche Wirklichkeitskonstruktionen: Kommunikation, Exkommunikation und Wiedereinführung in Kommunikation bei Psychosen	27
3.6 Die unendliche und die endliche Psychose: Chronifizierungsfördernde Theorien . . . . .	30
3.7 Die unendliche und die endliche Psychiatrie: Chronifizierung als aktive Gemeinschaftsleistung . .	32
3.8 Psychopharmaka als Familienthema . . . . .	33
3.9 Systemisch arbeitende psychiatrische Einrichtungen	35
<b>4 Prinzipien systemisch-psychiatrischer Praxis</b> . . . . .	37
4.1 Kontext- und ressourcenorientiertes Sprechen . . . .	37
4.2 Verhandeln über Sinn, Inhalt und Dauer des Aufenthalts . . . . .	39

## 6 Inhalt

4.3	Wahlmöglichkeiten im Behandlungsmenü . . . . .	41
4.4	Reflexionssettings für Familien und Angehörige . . .	43
4.5	Verhandeln über Medikamente und psychiatrische Diagnosen . . . . .	47
4.6	Verhandeln über Zwangs- und Kontrollmaßnahmen	50
<b>5</b>	<b>Die SYMPA-Weiterbildung . . . . .</b>	<b>53</b>
5.1	Organisation der Weiterbildung . . . . .	53
5.2	Inhalte der Weiterbildung . . . . .	54
5.2.1	Der Grundkurs . . . . .	55
5.2.2	Der Aufbaukurs . . . . .	58
5.2.3	»SYMPA nachhaltig«: Der Auffrischkurs .	62
5.3	Methodentools der Weiterbildung . . . . .	64
5.3.1	Wie war das nochmal mit der Moderation? . . .	65
5.3.2	Das Live-Interview als zentrales Element der Weiterbildung . . . . .	66
5.3.3	Übungen aus der SYMPA-Weiterbildungspraxis	68
<b>6</b>	<b>Die SYMPA-Praxis – Ein Handbuch . . . . .</b>	<b>75</b>
6.1	SYMPA-Interventionen am Behandlungsbeginn . . .	77
6.1.1	Genogramminterview . . . . .	78
6.1.2	Familiengespräch/Kooperationsgespräch nach Aufnahme . . . . .	84
6.1.3	Erste Auftragsklärung und Entwicklung eines gemeinsamen Fallverständnisses . . . . .	89
6.1.4	Anfängliche Therapiezielplanung . . . . .	93
6.2	SYMPA-Interventionen im Behandlungsverlauf . . .	96
6.2.1	Einzelgespräche . . . . .	97
6.2.2	Gruppenvisite/Gruppentherapie . . . . .	101
6.2.3	Therapiezielplanung: Zwischenbilanzen . . . . .	103
6.2.4	Intervision/Fallbesprechungen mit und ohne Patienten . . . . .	105
6.2.5	Verhandeln bei strittigen Behandlungsfragen	112
6.3	SYMPA-Interventionen zum Behandlungsende . . .	119
6.3.1	Familiengespräch/Kooperationsgespräch vor Entlassung . . . . .	120

6.3.2 Kontakte mit Nachbehandlern . . . . .	123
6.3.3 Verhandeln über Behandlungsvereinbarung für künftige Wiederaufnahmen . . . . .	125
6.3.4 Entlassbrief: Lesen lassen, bedarfswise Gespräch darüber . . . . .	127
6.4 Die Dosierung von SYMPA im Stationsalltag . . . . .	130
<b>7 Wissenschaftliche Evaluation des SYMPA-Projekts . . .</b>	<b>133</b>
7.1 Vorbemerkungen . . . . .	133
7.2 Implementierung und Wirksamkeit . . . . .	134
7.3 Nachhaltigkeit . . . . .	141
<b>8 Resümee und Ausblick . . . . .</b>	<b>151</b>
<b>Dank . . . . .</b>	<b>155</b>
<b>Literatur und Literaturhinweise . . . . .</b>	<b>159</b>





# 1 Vorwort

Dieses Buch beschreibt, wie man Psychiatrie im Krankenhaus als echte Gemeinschaftsleistung betreiben kann. Im Mittelpunkt steht die Zusammenarbeit zwischen Patienten, ihren Angehörigen, ihrem sonstigen außerstationären Umfeld und ihren Behandlern im Krankenhaus. Wie diese gemeinsam schwere und akute psychiatrische Störungen in ihrem zwischenmenschlichen Kontext verstehen und daraus eine gemeinsame Vorgehensweise entwickeln können – das ist Gegenstand dieses Buches.

Erfahrungsgrundlage dieses Buches ist das Projekt SYMPA: »Systemtherapeutische Methoden psychiatrischer Akutversorgung«. Es fand, aufbauend auf einem Vorläufer 1997 bis 2000, in den Jahren zwischen 2002 und 2009 in drei nord- und westdeutschen Akutkrankenhäusern statt. SYMPA ist heute ein empirisch bewährtes, nachhaltig wirksames Programm der systemisch-familienorientierten Behandlung in allgemeinpsychiatrischen Kliniken und Abteilungen.

SYMPA basiert auf folgenden Grundprinzipien:

- *Enge Kooperation mit der Familie und anderen für den Patienten wichtigen Menschen:* Angehörige, Freunde und Nachbarn als einerseits Mitleidende, andererseits als Mitexperten in alle grundsätzlichen Behandlungsentscheidungen gleichberechtigt mit einbeziehen.
- *Respekt gegenüber familiären Bindungen und Loyalitäten* – auch gegenüber solchen, die den Behandlern anfänglich unverständlich und pathologisch erscheinen mögen.
- *Starke reale oder virtuelle Präsenz der Familien auf der Station* – in Paar- und Familiengesprächen, Angehörigengruppen, Multifamiliengruppen, Behandlungsversammlungen, in Genogramm- und Skulpturgruppen, in zirkulären Fragen, auf dem »Familienbrett«, in der »Familientherapie ohne Familie«.
- *Gemeinsames kontextuelles Fallverstehen:* psychiatrische Symptome in ihrem Beziehungskontext als verständlich, zuweilen

## 10 Vorwort

auch als »sinnvoll« anerkennen – psychiatrische Störungen als »Gemeinschaftsleistung« dechiffrieren (Johannsen, 1997).

- *Sorgfältige Auftragsklärung* der offiziellen und inoffiziellen Erwartungen aller Beteiligten an die Behandlung, dazu gehört auch die Erkundung und Verhandlung über deren subjektive Krankheits- und Behandlungstheorien. Diese Aufträge steuern die Behandlung mindestens gleich stark, oft sogar stärker als die psychiatrischen Beschwerden und Diagnosen.
- *Systemische Selbstreflexion*: sich immer wieder beim Zusammenarbeiten im psychiatrischen Problemsystem selbst beobachten und daraus lernen, oft durch Nutzung sogenannter Reflektierender Teams.
- *Ressourcen- und Lösungsorientierung*: das (Er-)Finden von Lösungen, das Suchen nach Auswegen aus der Krise, das Ent-Stören symptombezogener Interaktionskreisläufe noch wichtiger nehmen als die Beschreibung der Symptome und das Ergründen von Ursachen.
- *Veränderungsoptimismus ohne Veränderungsdruck*: ein Vertrauen darauf, dass sich auch aus schweren oder chronifizierten psychiatrischen Problemkarrieren Auswege finden lassen, dass aber auch der Fortgang von Patienten eine Lösungsmöglichkeit zwischenmenschlicher Dilemmata darstellen kann.

Dieses Buch ist ebenso wie das SYMPA-Projekt eine echte Gemeinschaftsleistung, von uns beiden lediglich als Projektleiter initiiert und gesteuert, als Trainer und Begleitforscher mitgetragen und nun als Buchautoren – unter intensiver Mithilfe von Henrike Maurer – zu Papier gebracht. Alle, die dazu in den unterschiedlichsten Formen und Positionen beigetragen haben, sind in den Danksagungen am Schluss des Buches aufgeführt.

Elisabeth Nicolai und Jochen Schweitzer

## 2 Das SYMPA-Projekt

### 2.1 Was ist eigentlich SYMPA?

Das Projekt »Systemtherapeutische Methoden psychiatrischer Akutversorgung« (SYMPA) begann im Herbst 2002 und schaut im Jahre 2009 auf eine siebenjährige Geschichte zurück. SYMPA verbindet systemische Therapie und systemische Organisationsentwicklung in der Psychiatrie zu einem unter akutpsychiatrischen Alltagsbedingungen gut praktizierbaren und lehrbaren »Behandlungspaket«.

SYMPA ist der Versuch, die bewährten Erfahrungen der systemischen Therapie und Beratung mit psychiatrischen Patienten in einem Therapiekonzept zu integrieren,

- das nicht nur in psychotherapeutischen und rehabilitativen Einrichtungen, sondern insbesondere auch in der Akutpsychiatrie genutzt werden kann;
- das unkompliziert, zeitökonomisch und kooperationserleichternd in den klinischen Alltagsprozeduren verankert werden kann;
- das von allen Berufsgruppen gemeinsam getragen und genutzt werden kann – das bedeutet in der klinischen Psychiatrie insbesondere: auch von der Pflege;
- das den Prozess und das Ergebnis psychiatrischer Behandlung für alle drei wichtigen Gruppen von Beteiligten – die Patienten, die Angehörigen, die Mitarbeiter – verbessern hilft.

SYMPA beruht auf der Einschätzung, dass sich die systemische Therapie und Beratung in der Psychiatrie als eine integrierende Gesamtbehandlungs-Perspektive für ganze Behandlungsteams eignet, in die viele – freilich keineswegs alle – biologische, sozialpsychiatrische und psychotherapeutische Praktiken aus anderen Behandlungstraditionen gut eingebunden werden können.

## 12 Das SYMPA-Projekt

### 2.2 SYMPA – Die Projektgeschichte

*Traditionslinien:* Das SYMPA-Projekt sieht sich in der Tradition der systemischen Therapie der Psychosen und anderer psychiatrischer Störungen des Heidelberger Helm Stierlin Instituts und seiner Vorläufer (Universitätsabteilung für Familientherapie ab 1975, Internationale Gesellschaft für Systemische Therapie ab 1984). Aber es wäre in seiner jetzigen Breite nicht denkbar ohne zahlreiche andere mit dem systemischen Denken gut verträgliche Einflüsse. Erwähnt seien hier nur beispielhaft die Psychose-Gruppen (Bock u. Buck, 2002) mit ihrem Anspruch auf Sinnsuche im psychotischen Erleben, der Trialog als organisierte Beteiligung von Patienten und Angehörigen an psychiatrischen Entscheidungen (Bombosch, Hansen u. Blume, 2004; Themenheft: Trialog, 2009) und das finnische »need-adapted treatment« mit seinem »Offenen Dialog« (Aderhold et al., 2003). SYMPA konzentriert sich auf die stationäre Allgemeinpsychiatrie. Das systemische Arbeiten in anderen Kontexten ist andernorts sehr präzise beschrieben worden – zum Beispiel von Rotthaus (1998) für die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie, von Ruf (2005) für die psychiatrische Facharztpraxis oder von Schweitzer und Schumacher (1995) für Gemeindepsychiatrische Dienste.

*Das Vorläufer-Projekt (1997–2000):* 1997 bis 2000 haben wir in Kooperation mit Gunthard Weber und mit Unterstützung der Stuttgarter Heidehof-Stiftung GmbH ein bundesweites Projekt »Systemische Organisationsentwicklung in psychiatrischen Einrichtungen« durchgeführt (Schweitzer, Nicolai u. Hirschenberger, 2005). Mit 17 beteiligten Einrichtungen, von kleinen Wohnverbünden und Tageskliniken bis zu großen Krankenhäusern, haben wir einerseits eine große Vielfalt interessanter und bewährter systemisch-psychiatrischer Behandlungspraktiken quasi »sammeln« und auf ihre Anwendungsbedingungen prüfen können. Andererseits haben wir Methoden entwickelt (u. a. die inzwischen auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie fortentwickelten »Besuche mit der Reflexionsliste«; Höger u. Geiken, 2006), mit denen psychiatrische Dienste sich schnell einen Überblick über ihre eigenen Systemprozesse verschaffen können.

*Der Projektstart (2002):* Die dabei entstandenen Erfahrungen und Kontakte schufen die Voraussetzung dafür, ab 2002 in nur drei Krankenhäusern ein für akutpsychiatrische Kontexte passendes »Kondensat« dieser Behandlungserfahrungen zusammenzustellen, zu trainieren und zu erproben (Details der Projektplanung in Schweitzer u. Grünwald, 2003). Pläne, zusätzlich drei Kliniken in der Schweiz in dieses Projekt mit einzubeziehen, scheiterten an Bedenken von Projektgutachtern zum logistischen Aufwand einer Kooperation über so große Distanzen. Unsere an diesen Plänen beteiligte Kollegin Ulrike Borst entschied sich aber, mit uns (Jochen Schweitzer und Liz Nicolai) gemeinsam den Grundkurs der SYMPA-Weiterbildung als Trainerin zu gestalten sowie in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen ein eigenes, nicht unähnliches Weiterbildungsprogramm zu organisieren.

Bei der gemeinsamen Planung des Forschungsdesigns und der geeigneten Forschungsinstrumente 2001 und 2002 konnten wir von wertvollen Erfahrungen aus zwei Studien zur Evaluation systemischer Therapie in der Schweiz profitieren – eine Studie im Psychiatriezentrum Oberwallis (Grünwald et al., 1999), die andere im ambulanten Setting niedergelassener Therapeuten der Schweizer Gesellschaft für Systemische Therapie (Grünwald u. Massenbach, 2003).

Während einer »Werbetournee« durch die drei Kliniken Gummersbach, Paderborn und Wunstorf im Mai und Juni 2002 wurde die Planung für Forschung und Weiterbildung auf den für das Projekt in Frage kommenden Stationen erläutert. Nach einer internen Beratung konnten sich diejenigen Stationen, die Interesse hatten, für die Teilnahme am Projekt bewerben. Diese Freiwilligkeit war Grundstein für die Motivation, kommende Zusatzaufgaben während der Datenerhebungsphase auf sich zu nehmen und neugierig und interessiert neue, ungewohnte Methoden zu lernen und auszuprobieren. In einer der drei Kliniken wurde einer Station die Teilnahme, sozusagen zu ihrem Besten, verordnet. Beim Start der Weiterbildung reagierten die Mitarbeiter daher zunächst skeptisch auf diese »Zwangsbeglückung«. Wir nahmen die Vorsicht sehr ernst, erkundigten uns respektvoll nach den Befürchtungen (z. B. Abwertung der bisherigen Arbeit), nach ungefragten Belastungen (z. B. aufwändige Organisation privater Verpflichtungen

## 14 Das SYMPA-Projekt

für die Abwesenheitstage) und konnten dadurch gemeinsam mit den Teilnehmern eine gute Arbeitsbasis gewinnen.

*Die Kernphase des Projekts mit Grundkurs, Aufbaukurs und Begleitforschung (2002–2006):* Zunächst begannen 2002 alle Stationen mit einer Forschungsphase, der ab 2003 die ersten sechs Weiterbildungsblöcke folgten, an denen circa 100 Mitarbeiter teilnahmen. 2004 bis 2006 wurden Erhebungen auf zwei relativ gut vergleichbaren Kontrollstationen in Wunstorf und Gummersbach sowie Katamnesestudien mit auf den sechs Projektstationen behandelten Patienten neun Monate nach Abschluss der stationären Behandlungen durchgeführt.

In dieser Zeit ließen sich viele von dem Pioniergeist des SYMPA-Projekts anstecken und es gab neben den Kontrollstationen – die bisher »nur« beforscht worden waren und bis dahin keine Weiterbildung erhalten hatten (Wartegruppendesign) – auch andere Interessierte, die sich für weitere Seminare stark machten.

Ab 2005 bis 2006 wurden also für »alte Hasen« drei Blöcke eines Aufbaukurses angeboten, für »Neulinge« drei Blöcke eines Einsteigerkurses, die jeweils parallel an wechselnden Orten stattfanden. Ein wichtiges Detail, da hier neu hinzugekommene und schon SYMPA-erfahrene Mitarbeiter einer Station zeitgleich in parallelen Gruppen trainiert wurden. Von den Erfahrenen wurden einige zu Co-Trainern ausgebildet, um zu Hause auch zukünftig »Neue« besser einarbeiten zu können. Auf das genauere »Wie« gehen wir im Kapitel Weiterbildung ein.

Am Ende dieser zweiten Weiterbildungsphase 2005–2006 waren circa 140 Mitarbeiter in den drei Kliniken stations- und berufsgruppenübergreifend in systemisch-familienorientierter Gesprächsführung weitergebildet worden. Circa 100 Mitarbeiter hatten an der 18-tägigen Grundweiterbildung teilgenommen. Von diesen 100 hatten sich 35 in der neuntägigen Aufbauweiterbildung so weiterentwickelt, dass sie das Projekt nun in den Kliniken »tragen konnten«. Und circa 40 Mitarbeiter von den sogenannten Kontrollstationen (Nachbarstationen der ursprünglichen Projektstationen) hatten sich durch den Grundkurs der neuntägigen Weiterbildung 2005–2006 vom Schwung des SYMPA-Projekts anstecken lassen. Zu diesem Zeitpunkt wurde das Projekt auch

einer breiten Öffentlichkeit (Klünisch, 2007) und der Fachwelt in Artikeln bekannt gemacht (Schweitzer, Engelbrecht, Schmitz, Nicolai u. Borst, 2005; Schweitzer, Zwack, Nicolai, Grünwald, Ginap und von Twardowski, 2006; Schweitzer, Rotthaus, Altmiks, Kröger, Wachter, Kirschnick-Tänzer u. Oestereich, 2007).

*SYMPA nachhaltig:* Ende 2006 war klar geworden, dass es angesichts hoher Fluktuationsraten innerhalb der Kliniken – Ärzte-rotation im Halbjahres- oder Jahrestakt, Umstrukturierungen auf Stationen, Schwangerschaftsvertretungen, Wegzug bisheriger oder Einstellung neuer Mitarbeiter – für die Nachhaltigkeit der eingeführten Veränderungen eine längerfristige, aber deutlich niedriger dosierte Begleitung und Weiterbildung brauchen würde.

Mit den Klinikleitungen wurde besprochen, welche Voraussetzungen a) nötig seien und b) von den Kliniken auch bereitgestellt werden könnten, um SYMPA nachhaltig zu implementieren, so dass das Programm ohne weiteren externen Input aus eigenen Mitteln gut weiterlaufen könnte. Das Ergebnis war die sogenannte »SYMPA-nachhaltig«-Phase 2007 bis 2009 mit jeweils nur einer zweitägigen Weiterbildung pro Jahr, jedes Jahr in einer anderen der drei Kliniken.

*Was bleibt? – Entwicklungen in den Kliniken am Projektende:* Schon gegen Ende unserer Nachhaltigkeitsphase begannen die Mitarbeiter in den Kliniken aus der Praxis heraus das Projekt regional weiterzuentwickeln. (Eine Übersicht über das Gesamtpaket solcher klinikspezifischen Praktiken bieten Vieten, Engelbrecht, Joachimsmeier, Möller, Oertzen, Wrede und Zimmerer, 2009, am Beispiel der Paderborner Klinik.) Ohne Anspruch auf Vollständigkeit werden hier einige Beispiele aus den engagierten Entwicklungswerkstätten der Kliniken dargestellt.

In allen Kliniken wurde die kontinuierliche Einarbeitung neuer Mitarbeiter durch SYMPA-erfahrene Mitarbeiter auf den Stationen etabliert und regelmäßige systemisch-familientherapeutische Fortbildung für SYMPA-erfahrene Mitarbeiter und »Neulinge« durch interne und vereinzelte externe Angebote sichergestellt. In Wunstorf finden seit Oktober 2009 spezielle systemische Anschlussweiterbildungen und Schulungen durch ein regional nahege-



## 16 Das SYMPA-Projekt

legenes systemisches Weiterbildungsinstitut statt. An diesen nehmen Mitarbeiter aus allen Berufsgruppen der Allgemeinpsychiatrische Stationen teil.

Auch haben alle Kliniken eigene regionale SYMPA-Tagungen durchgeführt. Das Paderborner Forum für Psychiatrie und Psychotherapie machte SYMPA mehrfach zum Themenschwerpunkt. Gummersbach veranstaltete 2006 eine SYMPA-Tagung mit regionalen Kooperationspartnern. In Wunstorf fanden lokale SYMPA-Tagungen 2004 und 2008 statt.

Des Weiteren wurden überall SYMPA-Arbeitsgruppen gegründet, die sich klinikintern in Abständen von zwei bis acht Wochen regelmäßig treffen. Bei diesen Terminen werden Themen wie die Anwendung des SYMPA-Handbuchs auf den Stationen, in der Tagesklinik und der Ambulanz, die konkreten Probleme bei der Umsetzung von SYMPA sowie der aktuelle Fortbildungsbedarf besprochen.

In allen drei Kliniken ist Supervision und Intervention gut etabliert. Es gibt Unterschiede im Detail, jedoch wird überall zum Beispiel mit Reflecting Teams gearbeitet, teilweise sogar stationsübergreifend. In diesem Fall werden die Mitarbeiter von Nachbarstationen (die diesen Patienten selber gar nicht kennen) in die Teamsitzungen als kommentierende Beobachter eingeladen.

In Paderborn hat sich die regelmäßige Intervention in sogenannten »Stationstandems« bewehrt. Zwei SYMPA-Stationen treffen sich hierbei regelmäßig zu gemeinsamen Fallbesprechungen bei denen auch häufig mit Reflecting Teams unter Anwesenheit des Patienten gearbeitet wird. In Gummersbach wurde systemische Supervision in »Stationstandems« eingeführt. Auch hier war ein Vorteil, dass Team B in Ermangelung von Kontakt und Kenntnis des Patienten von Team A viel unbefangener assoziieren und systemische Hypothesen zum Fall entwickeln konnte, was für das Behandlerteam oft überraschende und hilfreiche Sichtweisen mit sich brachte (sozusagen nahm dann neben dem Supervisor auch ein ganzes Team die Außenperspektive ein). In diesen gemeinsamen Sitzungen wurde gelegentlich auch mit Videoanalyse von zum Beispiel Familiengesprächen gearbeitet. Insgesamt ermöglicht das Zusammenlegen der Sitzungen von zwei Stationen eine engmaschigere Supervision bei gleichen Kosten.



## 18 Das SYMPA-Projekt

fen der Angehörigengruppe, bei dem Anliegen und Wünsche dieser an die Klinik gemeinsam besprochen und diskutiert werden (KKH Gummersbach). Auch ist in einigen Kliniken SYMPA regelmäßig im Dialog zwischen Betroffenen, Angehörigen und Behandlern thematisiert worden. In Gummersbach findet dieser Dialog beispielsweise einmal im Monat statt. Dort treffen sich Angehörige (die teilweise auch Mitglieder der regionalen Angehörigengruppe sind), Betroffene (meist im ambulanten Kontext, gelegentlich auch aus akutstationärer Behandlung heraus) und verschiedene Behandler (z. B. aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst, der Klinik, gelegentlich auch Nervenärzte oder Mitarbeiter komplementärer Dienste). Es wird über von Teilnehmern eingebrachte Probleme, beispielsweise durch akute Krisensituationen oder mit der Medikation, dialogisch gesprochen und die Problematik aus drei Perspektiven reflektiert. Hierbei werden auch systemische Gesichtspunkte in die gemeinsame Problembetrachtung eingebracht. Zudem gibt es eine Steuerungsgruppe des Dialogs, in der ebenfalls Vertreter aus allen drei Gruppen vertreten sind.

Gegen Ende dieser »SYMPA-nachhaltig«-Phase entschlossen sich etwa 20 Pflegekräfte, vorwiegend aus Paderborn, eine Ausbildung zum systemischen Berater nach den Standards der systemischen Dachverbände DGSP und SG außerhalb des SYMPA-Projekts zu vervollständigen. Damit wollen sie auch ein eigenes professionelles Profil als Pflegekräfte mit besonderer Beratungskompetenz nach außen sichtbar dokumentieren, was von ihrer Pflegedienstleitung sehr unterstützt wird. Dazu haben die Paderborner Mitarbeiter einen systemischen Selbsterfahrungskurs im Umfang von 100 Stunden für sich organisiert, der auch für andere Interessenten aus den SYMPA-Kliniken offen ist. Das Besondere und Unübliche hierbei ist, dass Kolleginnen und Kollegen aus derselben Klinik hier diese Selbsterfahrung gemeinsam machen, was aber in Pflegeberufen mit viel weniger »Berührungängsten« einherzugehen scheint als in akademischen Berufen.

## 2.3 SYMPA – Die Akteure und ihr Einsatz

Aus Kapazitätsgründen galt es, sich auf wenige, voneinander nicht zu weit entfernt liegende Psychiatrische Abteilungen mit Akutaufnahme zu beschränken. Um eine gute »Top-down-Unterstützung« des Projekts zu sichern, sollten die Leitenden Ärztinnen oder Ärzte selbst systemtherapeutisch ausgebildet sein. Gefordert war ferner, dass diese die Unterstützung der Krankenhausleitung und ihrer jeweiligen Pflegedienstleitungen gewannen. Ein Projektkordinator sollte für einen Tag pro Woche für das Projekt freigestellt und die Logistikkosten der SYMPA-Weiterbildung anteilig übernommen werden.

So kam es schließlich zu folgendem Kreis teilnehmender Krankenhäuser: Kreiskrankenhaus Gummersbach bei Köln, Abteilung Psychiatrie der zweiten Lebenshälfte (Leitende Ärztin: Dr. Beate Baumgarte; Projektkoordinatoren: Oberarzt Dieter Schmitz und die Pflegeprofis Ralf Eich, Monika Wintrich und Angelika Eigler); Krankenhaus Region Hannover, Wunstorf, Abteilung Allgemeinpsychiatrie (Leitende Ärztin: Dr. Cornelia Oestereich; Projektkoordinatoren: Qualitätsmanagerin, Diplom-Soziologin Christina Kausch, Oberärztin Sabine Kirschnick-Tänzer und Pflegedienstleiter Holger Dopheide); LWL-Klinik Paderborn, Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie (Leitender Arzt: PD Dr. Bernward Vieten, Pflegedienstleiterin Monika Seewald; Projektkoordinatoren: Diplom-Pädagoge Wolfgang Möller, Krankenpfleger Frank Zimmerer und Oberärztin Daniela Engelbrecht).

Auf der wissenschaftlichen Seite kam es zu einer Kooperation zwischen dem Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Medizinische Psychologie (Gesamtprojektleiter: Prof. Dr. Jochen Schweitzer), und der Hochschule für Angewandte Psychologie Zürich (Leiter der empirischen Outcomeforschung: Prof. Dr. Hugo Grünwald). Dr. Elisabeth Nicolai koordinierte die qualitative Begleitforschung bis 2005 von Heidelberg aus. Nach ihrem Weggang auf eine Professur an die Evangelische Hochschule Ludwigsburg übernahmen ihre Stelle im Heidelberger Projekt später nacheinander Dr. Julika Zwack (2005–2007), Dr. Matthias Ochs (2007–2008) und Diplom-Psychologin Henrike Maurer (2009).

## 20 Das SYMPA-Projekt

Die systemische Weiterbildung (s.u.) wurde im Stil des Heidelberger Helm Stierlin Instituts durchgeführt, mit Elisabeth Nicolai, Jochen Schweitzer sowie der Meilen-Züricher Gastdozentin Dr. Ulrike Borst als Trainer. Ulrike Borst hatte bereits zuvor und zeitgleich eine ähnliche Weiterbildung in der psychiatrischen Klinik Münsterlingen (Schweiz) aufgebaut. Die Weiterbildungskosten wurden 2003 bis 2005 aus dem von der Stuttgarter Heidehof-Stiftung finanzierten Drittmittelprojekt getragen; Anschlussweiterbildungen wurden von den Kliniken selbst finanziert. Die Heidehof-Stiftung hat das Projekt über die gesamte Laufzeit hinweg finanziell gefördert, anfangs sehr intensiv und ab 2005 dann in kleinerem Umfang; kurzzeitig unterstützten auch die Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie (DGST) sowie die Systemische Gesellschaft (SG) einen Teil unserer Katamneseforschung.

## 3 Theorie systemischer Psychiatrie

### 3.1 Übersicht

In diesem Kapitel beschreiben wir, wie soziale Systeme kommunizieren und wie sich Psychiatrie als soziales System zum Umgang mit unverständlichen, als krank bezeichneten Kommunikationen anbietet.

In sozialen Systemen werden Signale als Kommunikationen zwischen Personen, in psychischen Systemen als Gedanken oder Gefühle zwischen den verschiedenen seelischen Instanzen einer Person gesendet oder empfangen. Da diese Kommunikation zwischen Menschen in gewisser Weise immer einen Übersetzungsvorgang darstellt, ist das gegenseitige Verstehen, insbesondere des Verhaltens anderer Menschen, grundsätzlich eine unsichere Angelegenheit.

Die starke Intransparenz innerer Vorgänge für andere und die damit verbundene Unverständlichkeit insbesondere psychiatrischer Symptome führten im Laufe der Geschichte zu vielen verschiedenen Versorgungs- und Behandlungsparadigmen.

Seit der Psychiatriereform der 1970er Jahre bemüht man sich um Demokratisierung und Enthospitalisierung in der Psychiatrie und mit diesen Ansätzen wächst die Wahrnehmung der Familie als therapeutisch bedeutsamer Aspekt.

Die Beziehungsgestaltung aller Beteiligten wird als entscheidender Faktor für Entstehung, Verlauf und Behandlung von psychischen Erkrankungen entdeckt: Wie erzeugen Familien und Patienten Unverständlichkeit? Wie trägt Psychiatrie zur Aufrechterhaltung dieser Unverständlichkeit und damit zu einer Chronifizierung bei? Welche Rolle spielen Krankheitskonzepte, Diagnosen und Psychopharmaka für die Beziehungsgestaltung?

### 3.2 Erzähltes, gelebtes, erlebtes Leben: Psychiatrie als Kommunikation

Für das Verständnis psychiatrischer Behandlung als soziales System ist das Konzept einer Unterscheidung zwischen sozialem, psychischem und biologischem System sehr nützlich. Die Interaktion einer kleinen Zahl basaler »Operationen« bringt die Charakteristika des jeweiligen Systemtyps hervor. In sich sind sie operational geschlossen, beeinflussen sich jedoch wechselseitig (Maturana u. Varela, 1975; Luhmann, 1992). Sieht sich ein Mensch einer plötzlichen Stresssituation ausgesetzt, aktiviert das biologische System einen erhöhten Puls, schnellere Atmung und alle sonst notwendigen Körperfunktionen. Im psychischen System stellt sich eine erhöhte Aufmerksamkeit und Handlungsbereitschaft und eventuell ein Gefühl der Angst ein und auf der Ebene des sozialen Systems wird dies über ein verändertes Äußeres wie Schweißperlen auf der Stirn, errötete Haut, angespannte Muskulatur, hektische Gesten und aufgeregte Worte wahrnehmbar und kommuniziert. In sozialen Systemen sind diese basalen Operationen Kommunikationen, die zwischen Personen ausgetauscht werden, das heißt, Signale werden gesendet und empfangen. In psychischen Systemen sind dies Gedanken und Gefühle (Ciompi, 1997), die zwischen Subsystemen innerhalb der Person ausgetauscht werden. In biologischen Systemen sind es Hormone und Transmitter, die zwischen Zellen und Synapsen Informationen transportieren.

In jeder Person sind stets gleichzeitig alle drei Systemebenen »aktiv«. Aber die Systemebenen nehmen sich nur zum kleinen Teil gegenseitig wahr. Wir beobachten und fühlen nur einen geringen Teil unserer Körperprozesse. Wir lassen nur einige unserer Gedanken und Gefühle nach außen dringen. Und nur ein verschwindend geringer Teil von diesen psychischen und biologischen Prozessen wird in der sozialen Sphäre der Kommunikationen relevant – erst dann, wenn er als Botschaft von einem Sender abgesandt und von einem Empfänger auch empfangen wird.

Psychiatrie beschäftigt sich mit der Diagnose und Behandlung seelisch gestörten Erlebens und Fühlens. Sie versucht diese oft (keineswegs immer und ausschließlich) mit körperlichen Prozessen zu erklären. Sie kann sich aber immer nur durch zwischen-

menschliche oder maschinentechnische Kommunikation Zugang zu diesen Phänomenen verschaffen und kann immer nur ein in Worten, Zahlen oder Bildern verfasstes Abbild dieser Phänomene erzeugen. Sie hat aber nie das Phänomen als solches, ohne einen kommunikativen Übersetzungsschritt, vor sich.

Folglich ist Psychiatrie – auch die allerbeste – grundsätzlich ein »unsicheres« Geschäft, das sich seiner Gegenstände nie ganz sicher sein kann. Eine systemische Psychiatrie geht von dieser Autonomie und gegenseitigen Intransparenz der drei Systemebenen aus, versucht sie zu respektieren und wertzuschätzen und sieht in der produktiven Gestaltung der Kommunikationen in sozialen Systemen ihren Schwerpunkt.

### 3.3 Therapie, Fürsorge, Asyl und Zwang: Kontexte systemisch-psychiatrischer Tätigkeiten

Psychiatrie unterscheidet sich von vielen anderen Zweigen der Medizin durch einen größeren Anteil *sozialer Kontrolle*. Ein bedeutender Anteil psychiatrischer Behandlungen findet gegen den Willen des Patienten statt, am deutlichsten, aber keineswegs nur, in der forensischen Psychiatrie. Durch Landesgesetze kann die Behandlung von Menschen gegen ihren Willen in einer psychiatrischen Klinik ermöglicht werden – in Situationen, in denen diese sich selbst oder andere aufgrund ihres psychischen Zustandes gefährden.

Diesem Kontrollaspekt entsprach psychiatriepolitisch seit Beginn der Industrialisierung die *räumliche Absonderung der Patienten in großen Asylen*. Erst seit circa 1970 hat in den meisten Industrieländern eine Rückkehr psychiatrischer Behandlungseinrichtungen in die Heimatnähe ihrer Patienten begonnen.

Da Menschen mit langfristigen psychischen Störungen oft zu verarmen drohen, ist auch die *soziale Fürsorge* bei der Sicherung materieller und sozialer Ressourcen (Wohnen, Arbeiten, Sozialhilfe- oder Rentenansprüche etc.) ein wichtiger Teil psychiatrischer Tätigkeit.

Mit den Psychiatriereformen der 1970er Jahre hat der *therapeutische Anspruch* psychiatrischer Arbeit sehr zugenommen. Den-



## 24 Theorie systemischer Psychiatrie

noch sind die Bereitstellung eines vorübergehenden Asyls als »Auszeit« aus belastenden häuslichen Situationen für den Patienten ebenso wie für sein Umfeld, die Ausübung einer sozialen Kontrolle mit möglichst wenig Zwang und Gewalt und die soziale Fürsorge unter möglichst weitgehender Wahrung der Autonomie des Patienten wichtige Teile psychiatrischen Arbeitens geblieben.

Diese unterschiedlichen Rollen, in denen die Behandler den Patienten gegenüberreten, verlangen und fördern sehr unterschiedliche Beziehungsdefinitionen. Soziale Kontrolle führt zu Kampf, Widerstand, Konflikt, zuweilen zu gewaltförmigen Situationen – fast immer jedenfalls zu symmetrisch eskalierenden Konflikten. Soziale Fürsorge hingegen geht mit einem komplementären Ergänzungsverhältnis zwischen einem »Hilfsbedürftigen« und einem »Helfer« einher: Ersterer kann sich nicht selbst helfen, letzterer springt für ihn ein, im günstigen Fall ist ersterer ihm dafür dankbar. Asylgewährung erlaubt Patienten und Angehörigen oft ein »Hinausfliehen« aus einem allzu bedrängenden Alltag; Psychotherapie hingegen versucht im Regelfall, den Patienten wieder für diesen Alltag »fit zu machen«.

Verwirrende Situationen können dann entstehen, wenn diese Rollen miteinander vermischt werden – wenn der Patient nicht weiß, mit welchem Rollenverhalten seines Behandlers er wann einigermaßen verlässlich rechnen kann (Moser u. Margreiter, 2001).

### 3.4 Psychiatrie und Familie: Die Geschichte einer allmählich evolvierenden Kooperation

Psychiatrie und Familie haben eine schwierige und wechselvolle gemeinsame Beziehungsgeschichte hinter sich, die aber allmählich zu mehr und besserer Zusammenarbeit tendiert.

Die um 1900 gegründeten Landeskrankenhäuser waren in Deutschland Orte, an die psychiatrisch auffällige Familienmitglieder nach Krisensituationen häufig umgesiedelt wurden und wo sie dann oft ihr ganzes Leben bis zum Tod verbrachten.

Die frühe, meist psychoanalytisch geprägte Psychotherapie hat die Eltern psychiatrischer Patienten mit einem gewissen pathogenetischen Misstrauen betrachtet. Insbesondere Frieda Fromm-

Reichmanns Zitat über eine »schizophrenogene Mutter« (1948) löst bis heute heftige Empörung aus. Die frühe psychiatrische Familienforschung (Wynne et al., 1958; Lidz, Cornelison u. Fleck, 1958; Bowen, 1960; Stierlin, Wynne u. Wirsching, 1983) hat ab Mitte der 1950er Jahre den Fokus allmählich von den Eltern auf die Gesamtfamilie verlagert, damit aber immer noch den »Ort der Pathologie« in der Familie lokalisiert.

Das hat um 1980 herum Widerspruch ausgelöst – vor allem in Angehörigenverbänden: In Deutschland wurde der Titel des Buches »Freispruch der Familie« (Dörner, Egetmeyer u. Koenning, 1995) programmatisch. Da es offensichtlich schwer fiel, die Schuld von der Familie wegzunehmen, ohne sie danach andernorts zu lokalisieren, ging dieser Freispruch besonders der Eltern vielerorts (nicht bei den Autoren des zitierten Buches) mit einer heftigen Betonung neurobiologischer Verursachung und psychopharmakologischer Behandlung einher. Teilweise kam es zu einer Spaltung derart, dass manche Angehörigenverbände eine vertragliche Bindung mit der Pharmaindustrie eingingen, während die meisten Betroffenenvereinigungen eher pharmakritische Haltungen einnahmen.

Die systemische Familientherapie hat auf diese Kritik mit der Entwicklung neuerer Therapiekonzepte reagiert. Namentlich erwähnt seien hier die lösungsorientierten (de Shazer, 1989), narrativen (White u. Epstein, 1990) sowie die am offenen Dialog (Seikkula u. Olson, 2003) und am Reflektierenden Team (Anderson, 1990) orientierten Therapieansätze. Sie haben Folgendes gemeinsam:

1. Sie versuchen jegliche implizite Pathologisierung der Familien in ihren Ursachentheorien zu vermeiden. Sie sprechen vom Problemanfang entweder schlichtweg als »bad luck« (de Shazer, 1989) oder von einem »Problem, um das herum sich ein Problemsystem bildet« (Ludewig, 1988). Andere verlagern ihn in Richtung der größeren Gesellschaft: Michael White (1992) verortet die Ursachen psychischer Störungen in den Familien aufoktroyierten »dominanten Geschichten« und Evan Imber-Black (1992) im Einfluss der »größeren Systeme«.
2. Sie verabschieden sich von der Idee, psychiatrische Symptome wiesen als Indikator auf ein ungelöstes Problem in der Familie hin, insbesondere einen verdeckten Machtkampf, wie dies Sel-