



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer



Die digitalen Zusatzmaterialien haben wir zum Download auf www.klett-cotta.de bereitgestellt. Geben Sie im Suchfeld auf unserer Homepage den folgenden Such-Code ein:
OM40177

Sara Franz | Michael Franz

Psychotherapie-Basics in der Psychiatrie

Effektive Interventionen von der Aufnahme
bis zur Entlassung

Ein modularer Ansatz

Unter Mitarbeit von Emanuela Macchia

Dr. rer. nat. Sara Franz

Sara.Franz@vitos-giessen-marburg.de

Prof. Dr. med. Michael Franz

Michael.Franz@vitos-giessen-marburg.de

Emanuela Macchia

Emanuela.Macchia@vitos-giessen-marburg.de

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2024 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte inklusive der Nutzung des Werkes für Text und

Data Mining i. S.v. § 44b UrhG vorbehalten

Gestaltungskonzept: Farnschläder & Mahlstedt, Hamburg

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von Sunshine Design/AdobeStock

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Kempten

Illustrationen: Christine Lackner, Ittlingen

Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck

Lektorat: Nicole Winkler

Projektmanagement: Ulrike Albrecht

ISBN 978-3-608-40177-6

E-Book ISBN 978-3-608-12273-2

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20687-6

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.

Geleitwort von Andreas Meyer-Lindenberg

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

mit großem Vergnügen möchte ich Ihnen ein paar Zeilen des Geleites zum Buch von Sara und Michael Franz mitgeben. Psychotherapie ist aus dem Selbstverständnis unseres Faches nicht wegzudenken. In vielen der Störungen, die wir täglich behandeln, ist sie ausschließlich oder hauptsächlich wirksam. Zwei Aspekte der Psychotherapie sind für die Behandlung akut erkrankter Patientinnen und Patienten in unserem Fach besonders wichtig:

Als erstes müssen Behandlungen auf die individuellen Bedürfnisse und die jeweilige Situation eingehen. Gerade Menschen mit schwerer, akuter Erkrankung, die sich in einer Krise befinden, haben oft nicht die Ressourcen und die Motivation, sich auf eine an der Richtlinienpsychotherapie angelehnte Behandlung einzulassen. Hier (wie eigentlich immer) muss sich die Therapie auf den Patienten einstellen – und nicht umgekehrt. Ein zweites Charakteristikum, wiederum gerade der Akutbehandlung, ist die Arbeit in multiprofessionellen Teams. Gelebte Interprofessionalität auf dem Boden gemeinsamer fachlicher und ethischer Standards ist für eine gelingende Behandlung unserer Patienten entscheidend wichtig, um der Mehrdimensionalität der Diagnosen und Krisensituationen gerecht zu werden. Auch in diesem wichtigen Punkt bieten traditionelle, manualisierte Therapieverfahren häufig wenig konkrete Hilfestellung.

Hier weist das Buch von Sara und Michael Franz nun den Weg voran. Es versteht sich im besten Sinne als »Werkzeugkasten«, der schulenübergreifend wirksame Ansätze vorstellt, wobei ein Schwerpunkt bei der kognitiven Verhaltenstherapie und den Verfahren der sogenannten »dritten Welle« liegt. Diese Ansätze werden im Sinne von Basismodulen sowohl störungs- als auch berufsgruppenübergreifend vorgestellt und in ein prozessorientiertes, personalisiertes

und personenzentriertes Konzept eingebettet. Basierend auf der langjährigen Erfahrung der Autoren und einer Evaluation in der Vitos-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Gießen sind die entstandenen Kapitel hochgradig praxisorientiert und bieten interprofessionellen Teams ein gemeinsames Verständnis (ein »Betriebssystem«) für die psychotherapeutische Arbeit in der Psychiatrie. Damit wird auch der Integration dieser Teams, die neben Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachpersonen und Psychologen auch Mitarbeitende aus der Sozialarbeit, der Ergo- und Physiotherapie umfassen, in diesem zentral wichtigen Thema Vor-schub geleistet. Gerade in der jetzigen Diskussion über die psychiatrische Versorgung steht das Thema im Mittelpunkt, wie eine gestufte und bedarfsgerechte Versorgung einer Region in Ansehung steigender Inanspruchnahme und in Anbetracht des Fachkräftemangels gelingen kann. Diese Aufgabe zu meistern, steht und fällt mit der Attraktivität unseres Faches.

Hierzu leistet das vorliegende Buch mit seinem Fokus auf personenorientierte Behandlung auch akut kranker Patienten in interprofessionellen Teams einen wesentlichen Beitrag.

Ich wünsche Ihnen viel Freude bei der Lektüre dieses Buches und viel Erfolg bei der Umsetzung in Ihrer täglichen Arbeit zum Wohle der uns anvertrauten Patientinnen und Patienten.

Andreas Meyer-Lindenberg

Direktor, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Ärztlicher Direktor, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Erwachsenenalters
Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie,
Universität Heidelberg/Medizinische Fakultät Mannheim

Geleitwort von Dorothea Sauter und Uwe Kropp

Eine psychische Krankheit ist per se kein Anlass für eine psychiatrische Krankenhausbehandlung. Betroffene kommen zur Aufnahme, wenn sie die Alltagsanforderungen oder akute psychosoziale Krisen nicht bewältigen können, wenn Gefährdungen vorliegen oder die Symptomlast kaum noch auszuhalten ist. Oder wenn das soziale Umfeld in der Begleitung überfordert ist, oder aufgrund weiterer Gründe im Kontext der Krankheit oder der Krankheitsfolgen. Die Patientinnen und Patienten werden nicht entlassen, wenn sie gesund sind, sondern wenn das Symptom-, Krankheits- und Therapiemanagement zu Hause oder ambulant wieder möglich ist, wenn Krisen entaktualisiert sind und Risiken als kontrollierbar eingeschätzt werden.

Im Krankenhaus geht es also neben dem Verstehen und dem Diagnostizieren um das Bewältigen der Krisen, um Entlasten, Unterstützen, Sicherheit geben; um Stabilisieren, Befähigen, Begleiten; es geht um Kompetenzaufbau und Wissensvermittlung; und ja, natürlich auch um die Behandlung der Krankheit und um tragfähige Perspektiven für die Zeit nach der Entlassung. Das macht die Komplexität im Hilfeangebot aus, das erfordert die Perspektiven und die Kompetenz vieler Akteure.

Die unterschiedlichen Professionen verfügen über eine unübersehbare Vielzahl evidenzbasierter Konzepte, Instrumente und Tools, die sie anwenden können. Doch gerade der akutkranke Patient braucht davon nicht alles und schon gar nicht zu jeder Zeit. Er braucht Orientierung sowie einen richtig dosierten, strukturierten und stimmigen Behandlungsplan auf der Basis eines kohärenten und verlässlichen Beziehungsangebots. Kurz: ein gemeinsames Konzept. Dies hilft im Übrigen nicht nur den Patientinnen und Patienten, sondern macht auch die Arbeit für die Teammitglieder klarer, wirksamer und freundvoller. Wir erleben dies auf Konzeptstationen, da jedoch nur für eine eng definierte Patientengruppe.

Auf Akutstationen erleben wir angesichts stetig wachsender Anforderungen an psychiatrisch Tätige und angesichts der vielerorts erlebten personellen Umbrüche oft Handlungsunsicherheiten, Mangel an Eigenverantwortung oder teaminterne Differenzen. Ohne die Möglichkeit, Verantwortung zu übernehmen, haben Mitarbeitende weniger Gelegenheit, neue Fähigkeiten zu entwickeln und beruflich zu wachsen.

Das vorliegende Buch setzt genau hier an und liefert Handlungskonzepte zu zentralen Behandlungselementen für akutpsychiatrische Teams. Wir empfehlen, diese im Team zu diskutieren, und wir sind zuversichtlich, dass viele der Ideen gerne aufgegriffen werden. Viele Praktiker dürfen jubeln über die praxisnahe und plastische Darstellung professionsübergreifender psychotherapeutischer Interventionen und Strategien, Praxistipps und Beispiele. Es ist stimmig (und im Übrigen international auch selbstverständlich), dass Pflegefachpersonen in psychotherapeutisch wirksame Verfahren gleichberechtigt eingebunden sind. Die Patientinnen und Patienten dürften die gemeinsam umgesetzten Konzepte als stützend erleben, die Teams als identitätsstiftend und förderlich für die Zusammenarbeit.

Im Interesse der akut krisenhaften Patientinnen und Patienten wie auch der oft herausgeforderten Teams wünschen wir dem Buch eine breite Leserschaft.

Dorothea Sauter

Präsidentin Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege, Leiterin Pflegeentwicklung, LWL-Klinik Münster

Uwe Kropp

Pflegedirektor, Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH, Berlin

Inhalt

Übersicht der Materialien	12
Wir brauchen dieses Buch! Eine Einleitung	14
Ziele des Buches	14
Der gute Grund für eine praktikable Psychotherapie für »psychiatrische« Patientinnen	14
Für wen ist das Buch relevant?	16
Institutionelle Psychotherapieausbildung der einzelnen Berufsgruppen	17
Einsatzorte der modularen Psychotherapie-Basics für die Psychiatrie	17
Danksagung	18

HAUPTTEIL

1 Verhalten im Team und als Team	21
1.1 Materialien	21
1.2 Haltung im Team untereinander	21
1.2.1 Umgang mit den verschiedenen Professionen	22
1.2.2 Grundlegende Haltung im Team	22
1.2.3 Umgang mit Fehlern	23
1.2.4 Einbringen eigener Ressourcen ins Team	24
1.2.5 Vereinbarungen im Team	25
1.2.6 Integration von nicht ständig anwesenden Therapeuten ins Team	25
1.3 Haltung als Team gegenüber Patientinnen	26
1.3.1 Haltung als Team	26
1.3.2 Haltung als Team und Schaffen einer therapeutischen Umgebung	27
1.3.3 Struktur und Organisation der Station	29
1.4 Schwierige Situationen	35
1.4.1 Konflikte im Team	35
1.4.2 No-Go-Regel wird gebrochen, aber Patientin ist akut suizidal	36
2 Verhalten als Therapeutin	51
2.1 Materialien	51
2.2 Haltung als Therapeutin	51
2.2.1 Reflexion der eigenen Rolle – für sich selbst und im Team	51
2.2.2 Haltung früh transparent machen	51
2.2.3 Kommunikation im therapeutischen Prozess	52
2.3 Die therapeutische Arbeitsbeziehung	53
2.3.1 Rechtlichen Rahmen kennen und beachten	53
2.3.2 Aufbau der Therapiebeziehung	54
2.4 Schwierige Situationen	60
2.4.1 Konflikte mit Patientinnen	60
2.4.2 Patientin möchte von einer Kollegin weiterbehandelt werden	61
2.4.3 Patientin fragt viel Privates, möchte mit der Therapeutin auf eine private Ebene kommen	61
2.4.4 Patientin ist dissozial	62
3 Kontingenzmanagement	68
3.1 Indikation	68
3.2 Ziele	68
3.3 Materialien	68
3.4 Wichtig vorab	68

3.5	Allgemeine Einführung	69
3.6	Umsetzung im psychiatrischen Setting	72
3.6.1	Allgemein: Schaffen der therapeutischen Umgebung	72
3.6.2	Im Einzelfall: Verstärkung anhand Kontingenz- und Stufenplänen	74
3.7	Schwierige Situationen	80
3.7.1	Patientin will Klinik nicht verlassen	80
3.7.2	Patientin ist dissozial	81
4	Grundlegendes Arbeiten mit der Patientin	88
4.1	Ablauf einer Behandlung	88
4.1.1	Materialien	88
4.1.2	Elektive Behandlung oder: Behandlung mit therapeutischem Ziel	88
4.1.3	Krisenintervention	89
4.2	Ablauf einer Stunde	93
4.2.1	Indikation	93
4.2.2	Ziele	93
4.2.3	Haltung als Therapeutin	93
4.2.4	Materialien	93
4.2.5	Wichtig vorab	93
4.2.6	Ablauf einer therapeutischen Stunde	94
4.2.7	Ablauf eines Kurzkontaktes	95
4.2.8	Schwierige Situationen	95
4.2.9	Sonstiges	96
4.3	Ablauf eines Bezugspflegegesprächs	98
4.3.1	Indikation	98
4.3.2	Ziele	98
4.3.3	Haltung als Therapeutin	98
4.3.4	Materialien	98
4.3.5	Wichtig vorab	98
4.3.6	Umsetzung	99
4.3.7	Leitfaden Bezugspflegegespräche	99
4.4	Ressourcenorientierung	102
4.4.1	Indikation	102
4.4.2	Ziele	102
4.4.3	Haltung als Therapeutin	102
4.4.4	Materialien	102
4.4.5	Wichtig vorab	102
4.4.6	Ressourcenorientierung auf Station, in der Gruppe oder im Einzelgespräch	103
4.4.7	Nächster Schritt	103
4.5	Erstgespräch	108
4.5.1	Indikation	108
4.5.2	Ziele	108
4.5.3	Haltung als Therapeutin	108
4.5.4	Materialien	108
4.5.5	Wichtig vorab	108
4.5.6	Ablauf Erstgespräch	109
4.5.7	Nächster Schritt	111
4.5.8	Schwierige Situationen	111
4.6	Anamnese, inkl. Risikofaktoren wie Suizidalität	117
4.6.1	Indikation	117
4.6.2	Ziele	117
4.6.3	Haltung als Therapeutin	117
4.6.4	Materialien	117
4.6.5	Wichtig vorab	117
4.6.6	Ablauf der Anamnese	118
4.6.7	Nächster Schritt	118
4.6.8	Schwierige Situationen	119

4.6.9	Sonstiges	120
4.7	Einbezug von Angehörigen	135
4.7.1	Indikation	135
4.7.2	Ziele	135
4.7.3	Haltung als Therapeutin	135
4.7.4	Materialien	135
4.7.5	Wichtig vorab	135
4.7.6	Ablauf Angehörigengespräche	136
4.7.7	Nächster Schritt	137
4.7.8	Schwierige Situationen	138
4.7.9	Sonstiges	139
4.8	Motivationale Klärung	143
4.8.1	Indikation	143
4.8.2	Ziele	143
4.8.3	Haltung als Therapeutin	143
4.8.4	Materialien	143
4.8.5	Wichtig vorab	143
4.8.6	Ablauf vom Analysieren einer motivationalen Lage	144
4.8.7	Nächster Schritt	146
4.8.8	Schwierige Situationen	146
4.9	Problemerhebung	148
4.9.1	Indikation	148
4.9.2	Ziele	148
4.9.3	Haltung als Therapeutin	148
4.9.4	Materialien	148
4.9.5	Wichtig vorab	148
4.9.6	Ablauf der Problemerhebung	149
4.9.7	Nächster Schritt	149
4.9.8	Schwierige Situationen	149
4.9.9	Sonstiges	150
4.10	Erstellen eines Störungsmodells	152
4.10.1	Indikation	152
4.10.2	Ziele	152
4.10.3	Haltung als Therapeutin	152
4.10.4	Materialien	152
4.10.5	Wichtig vorab	152
4.10.6	Ablauf der Erarbeitung des Störungsmodells	153
4.10.7	Nächster Schritt	153
4.10.8	Schwierige Situationen	154
4.11	Wertearbeit	160
4.11.1	Indikation	160
4.11.2	Ziele	160
4.11.3	Haltung als Therapeutin	160
4.11.4	Materialien	160
4.11.5	Wichtig vorab	160
4.11.6	Ablauf der Wertearbeit	161
4.12	Zielformulierung	166
4.12.1	Indikation	166
4.12.2	Ziele	166
4.12.3	Haltung als Therapeutin	166
4.12.4	Materialien	166
4.12.5	Wichtig vorab	166
4.12.6	Ablauf der Zielvereinbarung	167
4.12.7	Nächster Schritt	168
4.12.8	Schwierige Situationen	168
4.12.9	Sonstiges	169
4.13	Rückfallprophylaxe	173

4.13.1	Indikation	173
4.13.2	Ziele	173
4.13.3	Haltung als Therapeutin	173
4.13.4	Materialien	173
4.13.5	Wichtig vorab	173
4.13.6	Ablauf der Rückfallprophylaxe	174
4.13.7	Nächster Schritt	174
4.13.8	Schwierige Situationen	174
4.14	Entlassung	182
4.14.1	Indikation	182
4.14.2	Ziele	182
4.14.3	Haltung als Therapeutin	182
4.14.4	Materialien	182
4.14.5	Wichtig vorab	182
4.14.6	Ablauf Verabschiedung	182
4.14.7	Ablauf des Entlassgesprächs	184
4.14.8	Nächster Schritt	185
4.14.9	Schwierige Situationen	185
4.15	Nachsorgegespräch	191
4.15.1	Indikation	191
4.15.2	Ziele	191
4.15.3	Haltung als Therapeutin	191
4.15.4	Wichtig vorab	191
4.15.5	Ablauf des Nachsorgegesprächs	191
4.15.6	Nächster Schritt	191
4.15.7	Schwierige Situationen	192
5	Gesprächstechniken	193
5.1	Grundlegendes	193
5.1.1	Zur Anwendung	193
5.1.2	Grundlegende Techniken	193
5.2	Validieren	197
5.2.1	Ziele	197
5.2.2	Haltung als Therapeutin	197
5.2.3	Materialien	197
5.2.4	Wichtig vorab	197
5.2.5	Umsetzung	198
5.2.6	Phase der Therapie	200
5.2.7	Schwierige Situationen	200
5.2.8	Sonstiges	200
5.3	Commitmentstrategien	202
5.3.1	Ziele	202
5.3.2	Phase der Therapie	202
5.3.3	Haltung als Therapeutin	202
5.3.4	Materialien	202
5.3.5	Wichtig vorab	202
5.3.6	Umsetzung	203
5.3.7	Schwierige Situationen	205
5.4	Motivierende Gesprächsführung	207
5.4.1	Ziele	207
5.4.2	Phase der Therapie	207
5.4.3	Haltung als Therapeutin	207
5.4.4	Wichtig vorab	207
5.4.5	Umsetzung	208
5.4.6	Schwierige Situationen	211
5.4.7	Sonstiges	211
5.5	Rückmeldungen an die Patientin	211

5.5.1	Ziele	211
5.5.2	Phase der Therapie	212
5.5.3	Haltung als Therapeutin	212
5.5.4	Wichtig vorab	212
5.5.5	Umsetzung	212
5.5.6	Schwierige Situationen	214
5.5.7	Sonstiges	214
5.6	Konfrontieren der Patientin	215
5.6.1	Ziele	215
5.6.2	Phase der Therapie	215
5.6.3	Haltung als Therapeutin	215
5.6.4	Wichtig vorab	215
5.6.5	Umsetzung	215
5.6.6	Schwierige Situationen	219
5.6.7	Sonstiges	219
	Wie geht es weiter?	220

ANHANG

Literatur	223
Glossar	225
Stichwortverzeichnis	228

Übersicht der Materialien

IB = Infoblatt

AB = Arbeitsblatt

CL = Checkliste

(T) = für Therapeutinnen

(P) = für Patientinnen

Kapitel 1

IB »Teamvereinbarungen« (T)

IB »Hüterin der Dialektik und Hüterin der Zeit« (T)

AB »Dialektische Wippe« (T)

AB »No-Go-Regeln« (T)

AB »Entscheidungsbäume« (T)

AB »Vorgehen Funktionale Problemanalyse« (T)

CL »Übergabe« (T)

AB »Logbuch« (P)

CL »Visite« (T)

CL »Morgenrunde« (T)

CL »Wochenendplanung« (T)

Kapitel 2

AB »Arbeitsbeziehung vs. Freundschaftsbeziehung« (P)

CL »Reflexion therapeutische Haltung« (T)

CL »Reflexion Therapeutischer Prozess« (T)

AB »Mensch der Verantwortung« (P)

IB »Kanferts 11 Gesetze der Selbstmanagement-Therapie« (T)

Kapitel 3

IB »Verhaltensanalyse« (P)

AB »Verhaltensanalyse« (P)

AB »Zielanalyse« (P)

IB »Verstärkerplan« (T)

AB »Verstärkerplan« (T)

Kapitel 4

Kapitel 4.1

CL »Ablauf elektive Behandlung« (T)

CL »Ablauf Krisenintervention« (T)

Kapitel 4.2

CL »Ablauf einer Stunde« (T)

Kapitel 4.3

IB »Leitfaden für Bezugspflegegespräche« (online) (T)

Kapitel 4.4

CL »Hilfreiche Fragen zum Erheben von Ressourcen« (T)

AB »Ressourcenkoffer« (P)

AB »Ressourcen-Tagebuch« (P)

AB »Warmer Rücken« (T)

Kapitel 4.5

AB »Fokussierung vor dem Gespräch« (T)

IB »Meine Lebenslinie«

AB »Meine Lebenslinie«

Kapitel 4.6

CL »Anamnese« (T)

CL »Suizidalität für Anamnese« (T)

IB »Vorgehen bei (Verdacht auf) Suizidalität« (T)

CL »Psychopathologischer Befund« (T)

AB »Anamnesebogen« (P)

AB »Entschluss fürs Leben« (P)

AB »Non-Suizid-Vertrag« (P)

Kapitel 4.7

IB »Feedbackregeln« (P)

CL »Ablauf eines Angehörigengesprächs« (T)

IB »Erheben einer Fremdanamnese« (T)

Kapitel 4.8

AB »Meine Motivation für die Therapie« (P)

Kapitel 4.9

AB »Problemkuchen« (P)

Kapitel 4.10

IB »Vulnerabilitäts-Stress-Modell« (P)

AB »Meine Erkrankung, woher kommt es?« (P)

AB »Der gute Grund für mein Problemverhalten« (P)

AB »Behandlungsplanung anhand Funktions- und
Bedingungsmodell« (T)

Kapitel 4.11

AB »Wichtige Lebensbereiche« (P)

AB »Geburtstagsrede« (P)

AB »Säulen meines stabilen Ichs« (P)

Kapitel 4.12

AB »Problemkuchen« (P; aus Kap. 4.9)

IB »SMARTe Ziele« (P)

AB »SMARTe Ziele« (P)

IB »Vier Wege im Umgang mit einem Problem« (P)

Kapitel 4.13

- AB »Erarbeiten von Frühwarnzeichen« (P)
- AB »Krisen- und Notfallplan« (P)
- AB »Wochenplan« (P)
- AB »Gesammelte Strategien« (P)
- AB »Ziele nach Entlassung« (P)
- AB »Ressourcenkoffer« (P; aus Kap. 4.4)
- AB »To-Do-Liste nach Entlassung« (P)

Kapitel 4.14

- AB »Postkarte zur Verabschiedung« (T)
- AB »Baum der Hoffnung« (P)
- CL »Entlassung« (T)
- CL »Entlassung gegen ärztlichen Rat« (T)

Kapitel 4.15

–

Kapitel 5**Kapitel 5.1**

- IB »Überblick grundlegender Gesprächstechniken in der Psychiatrie« (T)

Kapitel 5.2

- IB »Übersicht Validierungsstrategien« (T)

Kapitel 5.3

- AB »Pro und Pro« (P)

Kapitel 5.4

–

Kapitel 5.5

–

Kapitel 5.6

–

Wir brauchen dieses Buch!

Eine Einleitung

Ziele des Buches

Dieses Buch widmet sich der Behandlung von Patientinnen in der Psychiatrie. Es stellt Basismodule (→ Abb. O-1) für die Psychotherapie von psychiatrischen Patienten zur Verfügung. »Psychiatrisch« bedeutet hier: Es geht nicht nur um die Behandlung von primär psychotherapiemotivierten und -fähigen Patienten. Es geht explizit auch um die nicht-motivierten, oft komorbiden, »psychisch schwerkranken« (Delespaul 2013; Franz 2019; Franz & Franz 2022) Menschen mit weniger hohem Funktionsniveau, eingeschlossen auch diejenigen mit herausforderndem Verhalten, inklusive die als »Systemsprengerin« oder – freundlicher – als »Systemprüferin« (Längle 2024) bezeichnet werden. Für eine angemessene Behandlung dieser Patienten braucht man Teams, die in psychiatrischen Kontexten diese Patienten behandeln. Sie werden mit den vorliegenden Psychotherapie-Basics grundlegend in die Lage versetzt, »typische« psychiatrische Patienten, von der einfachen Belastungsstörung bis zu komplexen, herausfordernden Fällen mit ihren Komorbiditäten und Funktionsstörungen von Anfang an, d. h.

auch schon in der Krise, multiprofessionell mit psychotherapeutischen Mitteln zu behandeln, in einen sinnvollen Behandlungsplan zu integrieren, der in eine erfolgreiche störungsbezogene elektive Behandlung oder ganz zur Entlassung in ambulante Behandlung führt. Das Buch gibt einen psychotherapeutischen Basis-Leitfaden und Werkzeugkasten an die Hand, wie sich eine therapeutische Umgebung herbeiführen lässt, die sich an evidenzbasierten Regeln von Lernen und Verhalten orientiert, zielführendes Verhalten verstärkt, dysfunktionales Verhalten abschwächt und den Patienten die Kompetenzen vermittelt, die sie brauchen, um außerhalb der Psychiatrie leben und ambulante Behandlung nutzen zu können. Aufbauend auf der Umsetzung dieses Basis-Werkzeugkastens können bei Bedarf spezielle oder störungsspezifische Therapieformen leicht(er) eingeführt werden, weil sie auf ein psychotherapeutisch denkendes und geschultes Team treffen, das eine gemeinsame psychotherapeutische Betriebssprache spricht (Franz 2019; Lucke et al. 2020).

Der gute Grund für eine praktikable Psychotherapie für »psychiatrische« Patientinnen

Psychotherapie ist ein bedeutsamer, bei manchen Störungen ausschließlich wirksamer, Bestandteil leitliniengerechter Behandlung von Patienten in der Psychiatrie. In der Breite der psychiatrischen Versorgungspraxis haben traditionelle Psychotherapieverfahren jedoch bisher keine systematische Umsetzung gefunden. Störungsspezifische Verfahren der »dritten Welle der Verhaltenstherapie«, wie Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT), Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP), Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) u. a., konnten sich zumindest in einem Teil psychiatrischer Kliniken in Form entsprechend störungsbezogener, meist elektiver, Psychotherapieeinheiten etablieren. Sie ebneten insofern den Weg für mehr Psychotherapie in der Psychiatrie und stellten für monosymptomatische psychische Störungen mit intensiver Symptomausprägung einen wirklichen Fortschritt dar (vgl. Bohus 2020). Dieser Weg ist an zwei Grenzen gestoßen:

Zum einen haben sie relativ hohe Zugangsvoraussetzungen wie z. B. Motivation, Verständnis und Interesse für eine Psychotherapie, hinreichendes Durchhaltevermögen, keine Suizidalität, die eine große Anzahl psychiatrischer Patienten nicht aufweisen. Sie kommen auch häufig in der Krise, ohne primäre Motivation für eine Therapie, zudem erfüllen sie mindestens zur Hälfte die Kriterien einer schweren psychischen Erkrankung (s. o.) mit entsprechendem Funktionsniveau. Zum anderen weisen psychiatrische Patienten extrem häufig behandlungsbedürftige Komorbiditäten auf, bei denen störungsspezifische Programme an ihre Grenzen stoßen. Die folgenden Daten verdeutlichen die Dimension: Am Beispiel der stationären Versorgung wurden alle 20252 stationären Behandlungsfälle eines Jahres aus neun psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhäusern eines Bundeslandes störungsbezogenen Fallgruppen im Hinblick auf ihre erfolgten fachlich-inhaltlichen Inter-

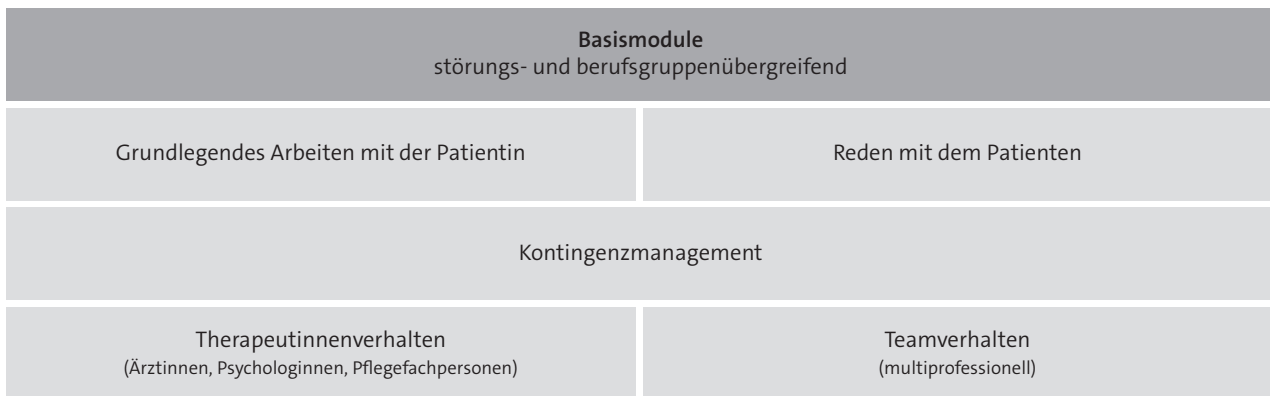


Abb. 0-1: Basismodule zum Erlernen und Umsetzen für Mitarbeiterinnen aller Berufsgruppen. Die einzelnen Module untergliedern sich in weitere Kapitel

ventionen zugeordnet (Franz et al. 2020). Deren Komorbiditäten, die (mit)behandelt, dokumentiert und abgerechnet wurden, zeigt → Abb. 0-2 (Franz et al. 2020). Lediglich 13 % aller Fälle hatten keinen weiteren, über die Hauptdiagnose hinausgehenden therapeutischen Behandlungsbedarf. Der Median lag bei drei Nebendiagnosen, die Hälfte der Behandlungsfälle hatte zwischen einer und fünf, etwa 10 % der Fälle hatten mindestens sieben Nebendiagnosen, die therapeutische Interventionen erforderten.

Somit wird klar, dass Psychiatrie *das* Behandlungssetting von Patienten mit Komorbiditäten und Funktionsstörungen ist. Störungsbezogene elektive Programme helfen bei diesen nicht weiter, störungsspezifische Behandlungen zeigen bei komorbiden Patientinnen einen schlechteren response (Riper et al. 2014). Es fehlt bisher eine praktikable Psychotherapie, die wie oben ausgeführt, die Krisenintervention und akute Notfallbehandlung, Postakutbehandlung einschließlich einer störungsbezogenen elektiven Psychotherapie oder Entlassung in einem durchgängigen Behandlungsplan umfasst.

Jedes Teammitglied bringt im herkömmlichen traditionellen Setting der Psychiatrie notgedrungen seine eigene Ausbildung, Sichtweise, Erfahrung ein. Ergebnis sind oft zeitraubende Aushandlungsprozesse, manchmal anstrengend oder demotivierend. Psychiatrischen Teams fehlt das gemeinsame Konzept mit gemeinsamen Modulen. Auch bei der Implementation einzelner störungsspezifischen Verfahren (wie CBASP, ACT, DBT etc.) in die Psychiatrie zeigt sich ein Haupthindernis darin, dass psychiatrischen Teams die Basics psychotherapeutischen Arbeitens in der Psychiatrie fehlen.

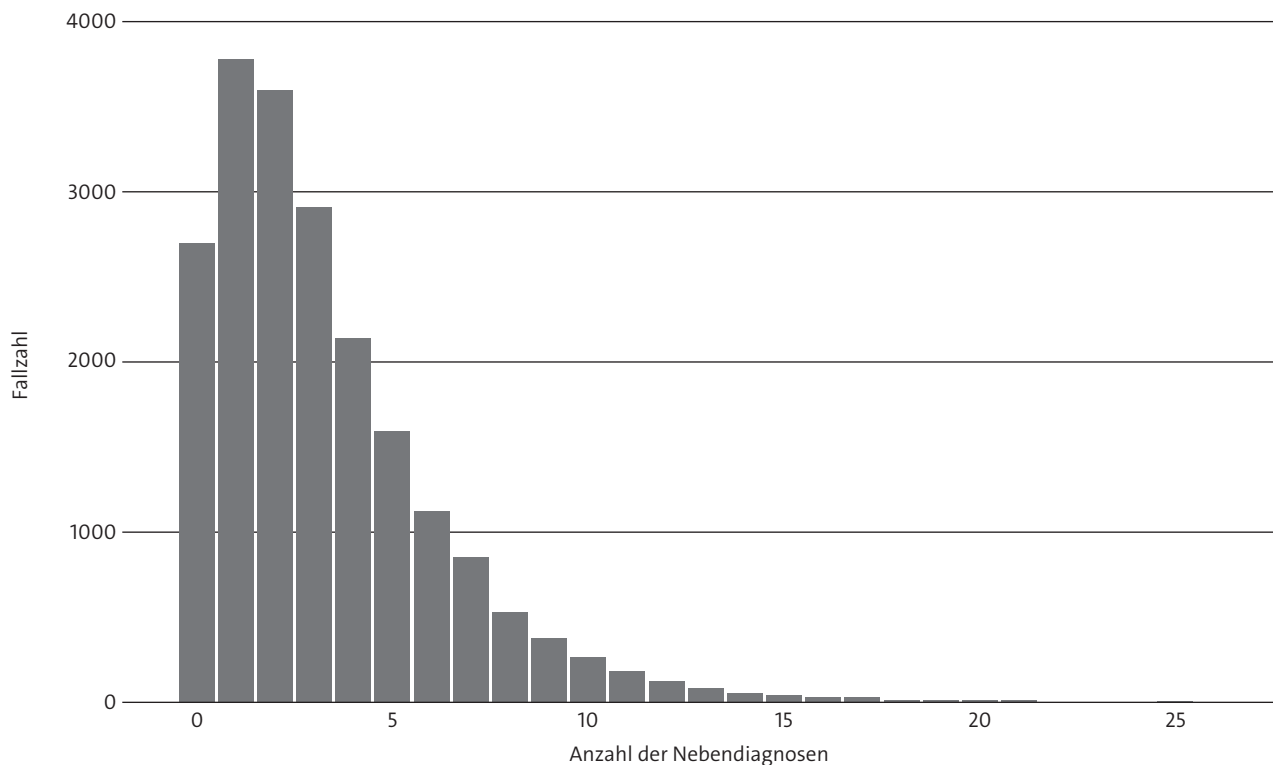


Abb. 0-2: Häufigkeit von Fällen mit unterschiedlicher Anzahl therapeutischer Interventionen pro Fall, N = 20 252 (Franz et al. 2020)

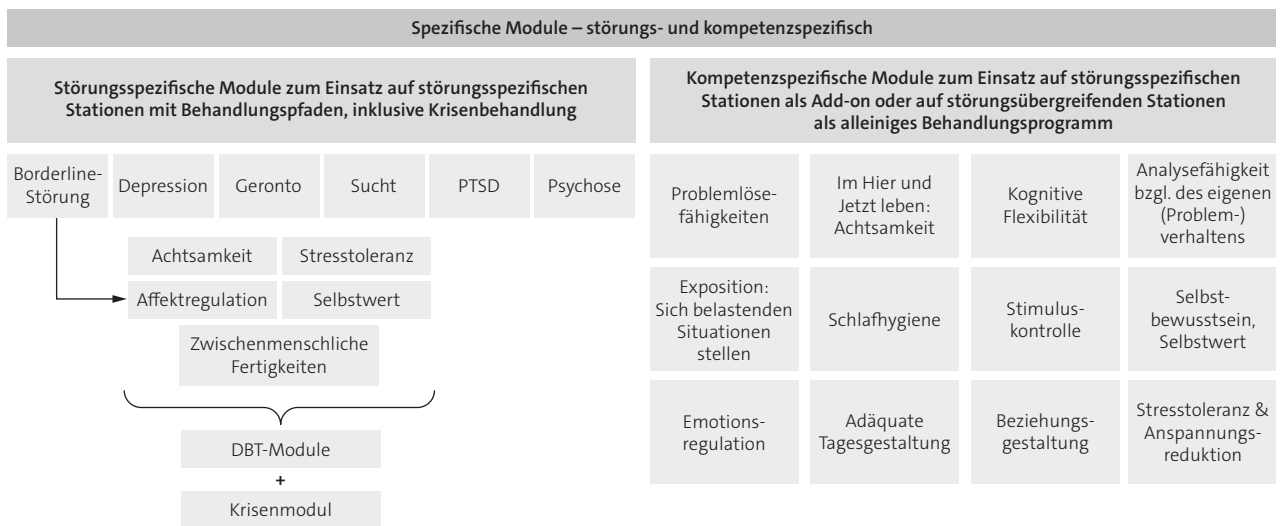


Abb. 0-3: Störungsspezifische Module zur Behandlung verschiedener Diagnosen bei Patientinnen von der Krisenbehandlung bis zur elektiven Therapie der jeweiligen Störung (am Beispiel der Borderline-Störung) sowie kompetenzspezifische Module, aus denen Patientinnen ein individuelles Behandlungsprogramm zusammengestellt bekommen nach vorheriger Diagnostik (Franz & Franz 2022 in Herpertz & Schramm 2022)

Wegen dieser »Lücke« haben wir den vorliegenden pragmatischen Ansatz einer modularen Psychotherapie für die Psychiatrie auf verhaltenstherapeutischen Grundlagen erarbeitet. Einen solchen Werkzeugkasten legen wir in zwei Schritten vor. Dieses Buch ist der erste in Form von störungsübergreifenden und berufsgruppenübergreifenden Basismodulen für das psychiatrisch-psychotherapeutische

Arbeiten (→ Abb. 0-1). In einem weiteren Buch (Franz & Franz, im Druck) werden aufbauende, störungsspezifische und kompetenzorientierte Module dargestellt – psychotherapeutisches Handwerkszeug, um die erhobenen Probleme und abgeleiteten therapeutischen Ziele in der Behandlung mit der Patientin in Einzelsitzungen und Gruppentherapien anzugehen (→ Abb. 0-3).

Für wen ist das Buch relevant?

Es wird ein praktikables, verständliches, anwendungsorientiertes Basisbetriebssystem von Psychotherapie für die Psychiatrie vorgestellt, das für Ärztinnen und Pflegefachpersonen erlern- und umsetzbar ist und Psychologinnen Einstieg und Arbeit in psychiatrische Kontexte erleichtert. Auch Sozialarbeiterinnen und Ergo- und Physiotherapeutinnen brauchen psychotherapeutisches Wissen und werden von einer psychotherapeutischen Basissprache der Psychiatrie unbedingt profitieren, v. a. wenn sie in die Teams integriert arbeiten.

Einige Teile sind für psychiatrische Teams und angehende Therapeutinnen wichtig, andere unerlässlich. Aus der Erfahrung der Autoren gehören zu Letzterem beispielsweise der richtige, gezielte und bewusste Einsatz von Verstärkern (→ Kap. 3) für alle Professionen, sowohl in der Einzeltherapie als auch und gerade im Team. Viele von uns kennen Patientinnen, bei denen sich bereits in der Adoleszenz herausforderndes Verhalten zeigte und die über multiple Klinikaufenthalte und -wiederaufnahmen hinweg ein immer dysfunktionaleres Verhalten entwickelten, was, trotz höchster Mühe und Einsatz aller Beteiligten, nicht selten Ergebnis unbemerkter intermittierender Verstärkung dysfunktionalen Verhaltens darstellt. Auch in der Arbeit

mit schwer traumatisierten, emotional instabilen oder sehr psychotischen Patienten sowie in der Gerontopsychiatrie spielt das Beherrschen eines guten Kontingenzmanagements für alle Beteiligten eine zentrale Rolle. In der Psychiatrie ist es wichtig, dass allen Beteiligten klar ist, welchen Schaden man mit einem ungezielten Einsatz von Verstärkern anrichten kann. Was nützt es, wenn man die »richtigen« Medikamente, aber »falsch« verstärkt hat? Wir gehen davon aus, dass wir mit einem guten, früh einsetzenden Kontingenzmanagement bei vielen Patienten pharmakologische Ansätze der Reduktion dysfunktionalen Verhaltens verringern oder sogar überflüssig machen können. Unerlässlich erscheint auch, dass der Behandlungsplanung in der Psychiatrie eine funktionale Problemanalyse vorausgeht. Die Frage »woher kommt es« hat die psychiatrische Psychotherapie in den letzten 150 Jahren in gewissen Grenzen weitergebracht. In moderner psychiatrischer Behandlungsplanung ist die Frage »warum bleibt es« zu beantworten – aus den aufrechterhaltenden Faktoren von dysfunktionalem Verhalten leiten sich psychotherapeutisch wirksame Maßnahmen für eine Verhaltensveränderung ab.

Die vorgestellten Strategien und Interventionen bezie-

hen sich auf alle Patienten und alle Therapiestadien. Allerdings nehmen herausfordernde Patienten und Situationen einen besonderen Raum ein, was dazu führen könnte, dass dies proportional mehr erscheint, als ihrer Anzahl entspricht. Zugleich nehmen auch in der Versorgungsreali-

tät herausfordernde, nicht entlassbare Patientinnen im Vergleich zu den restlichen Patientinnen einen großen Ressourcenraum ein, während sie in den klassischen Psychotherapieausbildungen eher zu kurz kommen – auch deswegen wird darauf öfter gesondert eingegangen.

Institutionelle Psychotherapieausbildung der einzelnen Berufsgruppen

Eine vertiefte Psychotherapieausbildung von angehenden *Fachärzten* zusätzlich zu den Ausbildungscurricula innerhalb ihrer jeweiligen Facharztausbildung wurde vielerorts gefordert (vgl. Bohus 2020; Heßler-Kaufmann & Fiedler 2019) und findet i. d. R. an Psychotherapie-Instituten statt. Diese bieten in erster Linie verfahrensgebundene Psychotherapie an, wie z. B. Verhaltenstherapie oder psychodynamische Psychotherapie/Psychoanalyse. Der Transfer dieser Lerninhalte in die reale psychiatrische Praxis ist aus vielen Gründen erfahrungsgemäß äußerst schwierig. Besonders bedeutsam ist diese Lücke im Bereich der psychiatrischen Krisenintervention. Genau in dieser liegt jedoch auch ein besonderer Schwerpunkt der Psychiatrie, gerade hier kann sogar ein Alleinstellungsmerkmal des Faches im Bereich Psychotherapie gesehen werden (vgl. Bohus 2020). Die Psychotherapieausbildung von Ärzten kann daher, trotz vieler Verbesserungen in der neuen Weiterbildungsordnung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, durch das Erlernen der anwendungsorientierten verhaltenstherapeutischen Praxis dieses Buches deutlich verbessert werden, da sie diese sofort im Patientenkontakt umsetzen können und insbesondere auch für die Krisenintervention ein praktisches Rüstzeug zur Verfügung gestellt bekommen. Auch wenn sie sich nicht für eine zusätzliche Institutsausbildung entscheiden, werden ärztliche Anfänger in der Psychiatrie durch die Basismodule direkt an die notwendigen Basics psychotherapeutischen Arbeitens herangeführt. Sollten sie sich für weiterführende Ausbildungen in störungsspezifischen Verfahren entscheiden, wird ihr Einstieg in diese wesentlich erleichtert.

Auch *Psychologen*, die eine Hochschul-Psychotherapie-

ausbildung mitbringen, fällt es manchmal schwer, ihr im ambulanten Setting gewonnenes Wissen auf psychiatrische Patienten im akutpsychiatrischen Bereich zu übertragen und in psychiatrischen Teams zu arbeiten. Das Buch wird ihnen den Zugang erleichtern, u. a. wegen der Inhalte über Teamverhalten, Krisenintervention, schwierige Situationen und herausfordernde Patienten.

Im Gegensatz zu Psychologinnen und Ärztinnen ist die Anwendung psychotherapeutischer Interventionen durch *Pflegefachpersonen* in Deutschland (noch) nicht regelhaft üblich, noch immer stehen originär pflegerische und administrative Aufgaben im Vordergrund, während sie in den USA und Großbritannien seit Jahren zunehmend psychotherapeutische, durch v. a. verhaltenstherapeutische Ausbildungen unterstützt, Leistungen übernehmen (Wabnitz et al. 2019). In unserer eigenen Praxis erleben wir, dass Pflegefachpersonen weitgehend und erfolgreich in Einzel- und Gruppeninterventionen eingebunden werden können (Franz & Franz 2022), was die Entwicklung dieses Buches mit inspiriert hat. Es kann Pflegefachpersonen an psychotherapeutisches Arbeiten heranzuführen und seinen Einsatz »auf Augenhöhe« in der im Buch vorgegebenen Teamarbeit üben. Immer wieder geben Pflegefachpersonen Input, Rückmeldung und Inspiration, haben einen anderen »Draht« zu Patientinnen, weil sie 24/7 mit ihnen arbeiten und sie erleben. Ein eigenständiges rein pflegerisches Psychotherapiecurriculum kann gerade bei seinem Einsatz in multiprofessionellen Teams (collaborative care, vgl. Wabnitz et al. 2019) der Psychiatrie durch unseren Ansatz des »Basiswissens für alle« praktisch, sinnvoll und niederschwellig unterstützt werden.

Einsatzorte der modularen Psychotherapie-Basics für die Psychiatrie

Es macht für die vorgestellten psychotherapeutischen Basismodule keinen Unterschied, wo ein solches Team seine Arbeit tut – 24/7 oder nur tagsüber in einem Klinikgebäude, täglich Patientinnen zuhause aufsuchend (home treatment), ambulant oder ob es rein digital mit ihnen kommuniziert. Auch für Mitarbeiterinnen in Beratungsstellen bieten die vorgestellten Basics einen roten Faden für Beratungsgespräche. Grundprinzipien der Psychotherapie und verwendete Module sind gleich, das Setting reflektiert le-

diglich Selbstständigkeit und Hilfebedarf der Betroffenen. Da stationäre Teamarbeit (noch) die häufigste in Deutschland ist, und weil hier die herausforderndsten Patienten zu finden sind, wird sie meist beispielhaft herangezogen, die anderen Settings sind immer mitgemeint. Ziel ist, ein möglichst personenzentriertes, personalisiertes Vorgehen in allen verfügbaren Behandlungssektoren zu unterstützen, indem die hier vorgestellten psychotherapeutischen Basismodule von allen Beteiligten angewendet werden.

Danksagung

An der Inspiration zu diesem Buch haben eine Vielzahl von Menschen auf unterschiedliche Art einen Anteil, denen unser Dank gilt: Wir danken den multiprofessionellen Teams der verschiedenen psychiatrischen Kliniken, in denen wir schon tätig waren, für die grundlegenden Erfahrungen, die ein solches Buch inspiriert haben. Besonders gilt Dank den multiprofessionellen Teams der Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Gießen und Marburg für ihre Bereitschaft, sich auf mehr Psychotherapie in der Psychiatrie einzulassen und mit uns gemeinsam auf diesem Weg, geduldig und anstrengungsbereit, wichtige Erfahrungen bei der Umsetzung zu sammeln, was uns nochmal darin bestärkt hat, ein solches Buch zu schreiben. Weiter danken wir dem Vitos Konzern, für seine Rückendeckung, dass eine psychiatrische Klinik sich so intensiv mit Psychotherapie befassen kann, diese in Behandlungspfaden und Ansätzen modularer Psychotherapie vorantreiben zu dürfen und die Bereitschaft, die praktische Umsetzung in der Erwachsenenpsychiatrie zu unterstützen. Insbesondere danken wir hier Herrn Reinhard Belling als Vorsitzendem Konzerngeschäftsführer für sein umfassendes Vertrauen, sein grundsätzliches, bemerkenswertes und kontinuierliches Interesse und Verständnis für fachlich-inhaltliche Herausforderungen der Psychiatrie in Verbindung mit ihrer Refinanzierung und Zukunftssicherung, seine Unterstützung an der Umsetzung der Ideen der modularen Psychotherapie in der Psychiatrie sowie seine wertvollen Impulse in angeregten Diskussionen. Weiter danken wir Max Heuchert als Geschäftsführer des Vitos Klinikums Gießen für seine tatkräftige Unterstützung bei dem Umsetzungsprozess.

Wir danken den Oberärztinnen und Oberärzten der Erwachsenenpsychiatrie von Vitos Gießen, allen voran Frank

Dannhoff, sowie der Pflegedirektorin Olga Oestreich und dem Team der Ärztlichen Direktion für deren Anstrengungsbereitschaft, den Weg einer so umfassenden Implementation mitzugehen zu wollen.

Insbesondere danken wir Emanuela Macchia für ihre wertvolle Mitarbeit an dem Buch, indem sie immer wieder die Perspektive der Pflege eingebracht hat.

Martin Bohus danken wir für seine anregenden Workshops, Supervisionen und Feedbacks zu Beginn unserer Vorarbeiten und nicht zuletzt für seine brillante Didaktik und den Verdienst, der DBT den Weg in den deutschsprachigen Raum und in die Psychiatrie (und so auch zu uns) gebahnt zu haben.

Wir danken Andreas Meyer-Lindenberg, Dorothee Sauter und Uwe Kropp für die Unterstützung unseres Werkes in Form eines Geleitwortes sowie Ulrike Albrecht vom Schattauer-Verlag für die flexible Betreuung unserer Schreibarbeiten.

Ein besonderer Dank gilt unseren Patientinnen und Patienten, durch deren Input, Kritik, angeregte Diskussionen wir unsere Vorstellung einer angemessenen und effektiven Psychotherapie in der Psychiatrie stetig weiterentwickeln und für die Versorgung optimieren können.

Last but not least danken wir Beate und Friedhelm Lucke, ohne deren vielfachen Einsatz im »Rücken freihalten« das Buch nicht in dieser Zeit hätte existieren können.

Gießen, Juli 2024

Sara und Michael Franz

Hauptteil

1 Verhalten im Team und als Team

Wenn mehrere Menschen zusammenkommen und gemeinsam arbeiten, braucht es zwangsläufig Vereinbarungen, vor allem, wenn zusätzlich die Arbeit im Schichtdienst geleistet wird (→ Kap. 1.2). Eine besondere Herausforderung ist es, wenn diese Gruppe als Hauptauftrag hat, mit weiteren Menschen zusammenzuarbeiten, die sich in psychischen Ausnahme- oder Krisensituationen befinden und es schnell in der Interaktion dynamisch werden kann. Dann braucht es nicht nur Vereinbarungen für den Umgang miteinander, sondern auch Vereinbarungen für den Umgang mit den anvertrauten Menschen, den Patientinnen (→ Kap. 1.3).

In einem multiprofessionellen Team kommen verschiedene Professionen zusammen, die unterschiedliche Dinge mitbringen – was grundsätzlich ein Gewinn für alle Beteiligten, Mitarbeiterinnen wie Patientinnen, ist. Gleichzeitig sind die Ausbildungen der beteiligten Berufsgruppen so verschieden, dass es hilfreich ist, eine gemeinsame Sprache zu entwickeln (→ Einleitung). Am besten nicht nur auf einer Station, sondern als ganze Klinik. Jedes Stationsteam wird seine Individualitäten haben, gerade, wenn die Klinik in

störungsspezifische Einheiten unterteilt ist. Es ist ungeheuer hilfreich und von hoher Bedeutung für das Gelingen der Zusammenarbeit und den langfristigen Erhalt von Motivation und Freude an der Arbeit, wenn alle sich einig sind über die Grundzüge einer Behandlung, wie sie hier im Buch vorgestellt werden.

Die Haltungen im Team und als Team sind teilweise an die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) angelehnt, da sie explizit ein Verfahren darstellt, das für die Arbeit in Teams entwickelt wurde und sich in der Praxis bewährt hat. In diesem Buch werden Aspekte der DBT dargestellt, die sich in der Psychiatrie als äußerst wertvoll in der Arbeit im Team und mit Patientinnen herausgestellt haben. Für eine ausführliche Beschreibung der DBT wird auf die Originalliteratur (v.a. Bohus 2019; Bohus & Wolf-Arehult 2013; Stiglmayr & Gunia 2017; Linehan 1996) sowie auf den Dachverband DDBT (Dachverband Dialektisch Behaviorale Therapie e. V.) verwiesen, auf dessen Homepage u. a. zahlreiche Informationen zu Aus- und Fortbildungskursen in DBT zu finden sind (www.dachverband-dbt.de).

1.1 Materialien

- IB »Teamvereinbarungen« (T)
- AB »Hüterin der Dialektik und Hüterin der Zeit« (T)
- AB »Dialektische Wippe« (T)
- AB »No-Go-Regeln« (T)
- AB »Entscheidungsbäume« (T)
- AB »Vorgehen Funktionale Problemanalyse« (T)
- CL »Übergabe« (T)
- AB »Logbuch« (P)
- CL »Visite« (T)
- CL »Morgenrunde« (T)
- CL »Wochenendplanung« (T)

1.2 Haltung im Team untereinander

Moderne Managementexperten wie Fredmund Malik und Peter F. Drucker weisen darauf hin, dass das Miteinander und die Organisation eines Teams das Ziel haben, Schwächen bedeutungslos zu machen und Stärken zum Einsatz zu bringen. Dazu formulieren sie in ihren Schriften verschiedene Regeln, die sich in unseren Teamregeln wiederfinden. Wenn ein Team es nicht schafft, Schwächen bedeutungslos zu machen und Stärken zum Einsatz zu bringen, wozu braucht man es dann (vgl. Malik 2006, Drucker 1992)? Leider

finden wir in psychiatrischen Teams bisweilen das Gegenteil: Die eine Berufsgruppe führt die Schwächen der »anderen« bei jeder Gelegenheit, oder zumindest in Krisen- und Belastungssituationen, vor. Wenn Menschen zeitgleich auf einer Station tätig sind, bilden sie nicht automatisch ein Team – es kann sich auch um ein Zusammenarbeiten völlig unterschiedlicher Vorstellungen, Strategien, Ziele handeln, mit den Folgen, dass manche »Stations-Gruppen« eher einer zerstrittenen Großfamilie ähneln als der Definition

eines modernen Teams, oder sie liegen mit anderen Stationen der Klinik in Fehde. Gleichzeitig gilt unter Managementgesichtspunkten Teamarbeit als die effektivste Form

der Bearbeitung komplexer Aufgaben. Damit dies gelingt, haben sich folgende Haltungen bewährt.

1.2.1 Umgang mit den verschiedenen Professionen

In einem multiprofessionellen Team werden alle Professionen gleichermaßen *geschätzt*, die Begegnung passiert auf Augenhöhe. Ohne die Pflegefachperson, die rund um die Uhr für die Patientin ansprechbar ist, läuft der Betrieb genauso wenig wie ohne die Ärztin, die körperlich untersucht und medikamentös behandelt oder die Psychologin, die ihr psychotherapeutisches Expertenwissen hinsichtlich der Behandlung psychischer Störungen einbringt. Unabhängig von der Profession sind alle Mitarbeiterinnen auf einer Station, die therapeutisch wirksam mit Patientinnen arbeiten, in unserem Verständnis Therapeutinnen. So führen therapeutische Gespräche sowohl Pflegemitarbeiterinnen als auch Ärztinnen oder Psychologinnen, wenn auch, je nach Personalschlüssel, in unterschiedlicher Intensität durch. Folgerichtig behandelt das gesamte Team die Patientin gemeinsam, sofern es gemeinsame Regeln gelernt und akzeptiert hat, entscheidet gemeinsam nach diesen und übernimmt gemeinsam die Verantwortung, der Patientin zu helfen, deren Behandlungsziele zu erreichen.

MERKE

Wie bei allen Regeln gibt es auch hier Ausnahmen. Sie beziehen sich vor allem auf die medizinische (Letzt-)Verantwortung oder auch auf das Aufnahme- bzw. Ent-

lassmanagement, bei denen gesetzlich Fachärztinnen, die Oberärztin oder approbierte Psychotherapeuten die Entscheidung treffen müssen, um den Facharztstandard zu wahren. Das bedeutet nicht, dass die anderen Professionen sich bei der Entscheidungsfindung nicht beteiligen können. Es bedeutet aber, dass die Konsequenzen der Entscheidung die Ärztin trägt und sie aufgrund der persönlichen Konsequenzen, die an der Entscheidung hängen, zu einem anderen Schluss kommen kann als möglicherweise andere im Team. Darüber darf sich (ressourcenschonend) ausgetauscht werden und gleichzeitig gilt für alle, Entscheidungen, die von den Verantwortlichen getroffen wurden, zu akzeptieren und weiterhin für einen reibungslosen Ablauf zu sorgen.

Wichtig: Gegenseitige Wertschätzung wird manchmal mit Vertraulichkeit verwechselt. Nähe und Vertraulichkeit suggerieren Sicherheit oder Spaß. Sie können jedoch zu »blinden Flecken« in der Bewertung von Verhalten bei »guten Kollegen« führen. Wirkliche Wertschätzung resultiert aus dem Inhalt der Rückmeldungen, dem Grad ihrer Glaubwürdigkeit und Loyalität zu den Zielen und Mitarbeitern des gesamten Teams.

1.2.2 Grundlegende Haltung im Team

Unabhängig davon, ob es um ein Gespräch über eine Patientin geht oder um ein Gespräch über die Organisation der Station, kommen schnell unterschiedliche Ansichten zusammen. Das ist einerseits bereichernd, andererseits lädt gerade der Ressourcenmangel (Personal und Zeit) dazu ein, sich bei Anspannung in Machtkämpfen zu verlieren, in denen es nicht mehr um die inhaltliche Sache an sich geht.

Gleichzeitig kann es genauso passieren, dass man als ganzes Team eine einseitige Sicht auf eine Patientin einnimmt und die Patientin so keine Chance mehr bekommt, sich anders zu verhalten. Eine *dialektische Grundhaltung* und *Sichtweise* (→ Abb. 1-1) sind im Team daher in vielen Situationen äußerst hilfreich, um effektiv in der Sache weiterzukommen (siehe auch Franz & Lucke 2021).

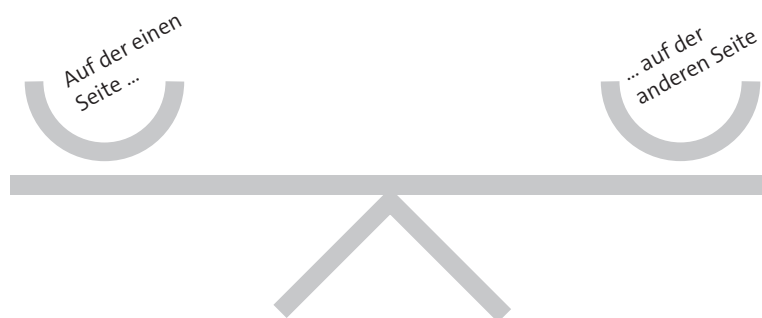


Abb. 1-1: Dialektische Wippe, die zwei verschiedene Pole zeigt, zwischen denen abgewogen wird

Dialektik kurz beschrieben: Es gibt zwei Pole (siehe Waagschalen in → Abb. 1-1), die beide betrachtet und balanciert werden. In jeder Schale befinden sich die Argumente für je eine der beiden Lösungen. Gerät man zu sehr auf eine Seite, verliert man also die Balance, wird das Ergebnis nachteilig. Durch die Balance der zwei Pole ergibt sich zwischen diesen beiden ein Arbeitsbereich, um zu einem guten Ergebnis zu kommen. Dialektische, ausbalancierte Lösungen werden der Komplexität von Dingen besser gerecht. Oft führt sie zu einer neuen Idee oder umfassenderen Perspektive, stellt das Beste aus zwei oder mehreren Meinungen dar. Vor allem, wenn es um besondere Anspannungen geht, wie z. B. bei Machtkämpfen, rettet die dialektische Haltung vor langen, fruchtlosen Auseinandersetzungen, indem Dinge *prinzipiell* von zwei Seiten betrachtet werden.

Im Eifer des Gefechts ist es völlig menschlich, dass wir die dialektische Sichtweise aus den Augen verlieren und von unserer eigenen Ansicht überzeugt sind. Damit uns das als Team oder einzelnen Teammitglied nicht passiert, ist es hilfreich, einen sog. »Hüter der Dialektik« einzuführen. Dieser wird in jeder Teambesprechung zu Beginn zügig festgelegt. Es sollte nicht lange diskutiert werden, wer den Job übernimmt, sondern schnelle Bereitschaft gezeigt und Ver-

antwortung übernommen werden. Gleichzeitig sollten neue Teammitglieder eine Chance bekommen, ein paar Mal ein Modell erleben zu können, bevor sie sich selbst melden. Aufgabe der Hüterin der Dialektik ist es, das Team darauf hinzuweisen, wenn zu *einseitig* oder zu *bewertend* über etwas geredet wird. Das kann das Reden über einen Patienten sein, alle anderen Absprachen, die im Team getroffen werden, oder Auseinandersetzungen betreffen.

MERKE

Eine Hüterin der Dialektik entbindet die anderen Teammitglieder nicht von der dialektischen Haltung und auch nicht davon, Dinge zu benennen, die auffallen. Alle im Team sind für die Wahrung der Dialektik verantwortlich – auch wenn sie gerade nicht den »Hut« der Dialektik aufhaben. Die »Hüterin der Dialektik« wird für ihre Arbeit von anderen Teammitgliedern verstärkt (»Danke, dass dir das aufgefallen ist!«).

Alle weiteren Haltungen im Team haben als Grundlage die beschriebene dialektische Grundhaltung, die durch die Wippe bildlich dargestellt werden kann und sich auf verschiedene Aspekte in der Teamarbeit übertragen lässt.

1.2.3 Umgang mit Fehlern

Fehler dürfen sein und gehören dazu, wir sind alle fehlbar, auch wir als Therapeutinnen. Gleichzeitig versuchen wir Fehler zu vermeiden, weil sie im Allgemeinen negative Konsequenzen haben. Zwischen diesen beiden Polen bewegen wir uns beim alltäglichen Arbeiten, und wählen dabei einen Mittelweg (→ Abb. 1-2).

Entscheidend ist der Umgang mit Fehlern innerhalb im Team (und auch gegenüber Patientinnen). Ein *offener und transparenter* Umgang mit Fehlern bedeutet, dass ich nicht warte, bis jemand meinen Fehler entdeckt und ich es erst dann bespreche oder dass ich versuche, den Fehler zu vertuschen. Offener Umgang bedeutet, dass ich proaktiv einen Fehler, den ich gemacht habe, mitteile. Damit gebe ich mir und dem ganzen Team die Chance, ihn einzudämmen und

das Beste aus der Situation zu machen. Schließlich ist die Aufgabe eines guten Teams, gegenseitige Stärken zur Geltung zu bringen und Schwächen zu kompensieren, bedeutungslos zu machen und auszubalancieren. Eine solche Haltung führt im Team dazu, dass es die Gelegenheit bekommt, sich und die Abläufe auf Station weiter zu optimieren. Fehler bieten die Chance, daraus zu lernen und diese Chance sollten wir nicht ungenutzt lassen.

Das klingt einfacher als es ist, denn es liegt in der Natur von Menschen, dass sie sich bei Fehlern schämen. Menschen sind von der Evolution her Gruppenwesen, und Scham ist ein unangenehmes Warngefühl, das in Gruppensituationen auftritt, um uns zu sagen: Hey, Grenze überschritten,

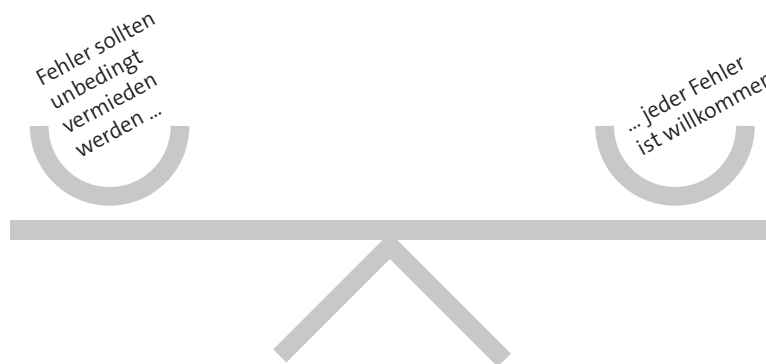


Abb. 1-2: Dialektische Wippe zur Fehlerkultur, abgewogen wird zwischen kompletter Fehlervermeidung und Zulassen eines jeglichen Fehlers

pass auf, dass du nicht aus der Gruppe fliegst. Unser Bestreben ist daher bei Scham, sie schnell wegzubekommen und dabei nicht aus der Gruppe ausgeschlossen zu werden. Daher ist der Impuls sehr nachvollziehbar, zu schauen, ob den Fehler jemand mitbekommen hat und wenn nicht, ihn vertuschen zu wollen. Aus der Perspektive des Vorankommens als Team stellt das jedoch ein dysfunktionales Verhalten eines Einzelnen dar, weil die Chance etwas zu lernen, links liegen gelassen wird. Gleichzeitig entstehen Anspannung und Misstrauen im Team, wenn es »keiner gewesen sein will«. Was verhilft uns in einer solchen Situation zu einer funktionaleren Emotionsregulation von Scham, um zu einem selbstbewussten Umgang mit dem Fehler zu kommen? Es kann helfen, die antizipierte Bewertung der anderen zu entkatastrophisieren, in dem wir einen Perspektivwechsel machen: Wie würde ich es bewerten, wenn meiner Kollegin der Fehler passiert wäre? Wie viel Bedeutung würde ich dem

Fehler zumessen? Wie sähe meine Reaktion gegenüber meiner Kollegin aus (v. a., wenn sie den Fehler von sich aus anspricht)?

Sollte ich im Allgemeinen eher zu Schamgefühlen neigen, kann es hilfreich sein, mich insgesamt um eine Stärkung meines Selbstwertes zu kümmern und immer wieder in schamauslösenden Situationen zu mir selbst und ggf. meinen Fehlern zu stehen und positive Erfahrungen zu machen.

MERKE

Fehler sind willkommen, um daraus zu lernen. Aus der DBT stammt der Merksatz oder auch Skill, der dem ganzen Team nach einem Fehler helfen kann, das Beste aus einer solchen Situation herauszuholen: Aus Zitronen Limonade machen.

1.2.4 Einbringen eigener Ressourcen ins Team

Im Gesundheitssystem herrscht Effektivitätsdruck mit gleichzeitigem Mangel an Ressourcen wie Zeit oder Personal. Teamarbeit gilt als die effektivste Form des Einsatzes von Ressourcen bei komplexen Aufgaben wie der Behandlung psychiatrischer Patienten. Die Chance im Team zu arbeiten, besteht unter anderem darin, dass ein Teil der fehlenden Ressourcen kompensiert werden kann, indem Patientinnen gemeinsam behandelt werden und ein jedes einzelne Teammitglied dabei seine Stärken einbringen kann und die Schwächen keine Bedeutung erlangen, da andere im Team sie ausgleichen können. Zum Beispiel kann es der einen Pflegefachperson liegen, Blut abzunehmen, während eine andere darin weniger geübt ist, dafür aber sehr gewinnbringend die Morgenrunde gestaltet. So ist es eine Win-Win-Situation, wenn beide Mitarbeiterinnen sich ergänzen.

Das Einbringen eigener Ressourcen hat noch einen weiteren Aspekt: Gerade in der Psychiatrie, in der Arbeit mit bedürftigen Menschen, ist gefühlt nie genug Zeit. Das Team hilft dabei, die persönlichen Grenzen der Mitarbeiter auszubalancieren. So arbeiten im idealen Fall alle Teammitglie-

der zwischen dem Fokussieren auf die eigenen Grenzen, die kommuniziert werden, und dem Erbringen maximaler Erfordernisse. Das bedeutet, dass es Phasen geben kann, in denen ich für die Station alles gebe, damit sie weiterläuft (z. B. in Urlaubszeiten oder Krankheitsphasen), und ich andererseits in ruhigeren Phasen schaue, dass ich meine eigenen Grenzen nicht überschreite, um langfristig selbst psychisch gesund zu bleiben (→ Abb. 1-3).

Um Einsatz in der Behandlung von Patientinnen und im Team zu bringen, spielt auch die Motivation der einzelnen Behandlerin eine wichtige Rolle. Jede kann und sollte für sich überlegen, was sie motiviert, um gute Arbeit zu leisten und was sie dafür tun kann. Es hilft mir nicht, zu denken, »ich bin unmotiviert« für den Fall, dass ich nicht genug von meiner Tätigkeit »zurückbekomme«. Ich muss mir überlegen, was mich dazu bringen würde, dass ich mehr leiste, mit dem ich zufrieden sein kann. Für viele von uns ist z. B. Therapiefortschritt oder die Verbesserung der Lebensqualität der Patientin wichtig. Wir sehen Patientinnen allerdings häufig nur während ihrer stationären Krisenintervention. Daher hat es sich in der Erfahrung der Autoren als Vorteil er-



Abb. 1-3: Dialektische Wippe zum persönlichen Arbeitseinsatz, abgewogen wird zwischen maximalem Einsatz und starrem Beharren auf den eigenen Grenzen

wiesen, wenn es regulär einen Post-Termin nach sechs Wochen gibt (bei einer der Bezugstherapeutinnen), um zu schauen, wie es mit der Patientin weitergegangen ist. Die Informationen kommen zurück ins Team und können so mo-

tivierend für die Arbeit wirken. Es sind auch andere, motivierende Maßnahmen denkbar – entscheidend ist, dass sich jede im Team mit Ideen einbringt, um selbst motiviert zu sein, in stressigen Zeiten maximale Erfordernisse zu leisten.

1.2.5 Vereinbarungen im Team

Neben allgemeinen Regeln, die im Krankenhaus, in der Klinik oder in der Institution gelten, in der gearbeitet wird, ist es hilfreich, wenn ein Team Vereinbarungen darüber schließt, wie miteinander gearbeitet werden soll (Beispiel → IB »Teamvereinbarungen«). Diese sollten gemeinsam ausgearbeitet werden und neuen Mitarbeiterinnen innerhalb der Einarbeitung vorgestellt werden. Vereinbarungen dürfen fortlaufend optimiert, aussortiert oder ergänzt werden, um sich dynamischen Geschehen anpassen zu können. Gleichzeitig sind manche Vereinbarungen vielleicht auch nicht verhandelbar, die dann häufig einen substanziellen Beitrag zur Team-Identität leisten.

Die dialektische Sichtweise bewegt sich zwischen einer rigiden Regeleinhaltung und dem anderen Pol, dass Regeln

überhaupt nicht ernstgenommen werden (→ Abb. 1-4). Der Mittelweg ist hier, dass eine jede Regel eine *begründete* Ausnahme haben darf. Im besten Falle spreche ich die Ausnahme *vorher* im Team ab. Wenn das aus bestimmten organisatorischen Gründen nicht möglich ist, informiere ich umgehend danach die diensthabenden Mitarbeiterinnen über die Ausnahme und die dazugehörige Begründung. Wichtig ist an der Stelle, dass Ausnahmen nicht alltäglich sind, aber hin und wieder vorkommen dürfen. Wenn im Team Unzufriedenheit über Ausnahmen aufkommt, sollte es rechtzeitig thematisiert werden, um vorzubeugen, dass es zu Anspannung und Vorwürfen (»Was nimmt der sich immer raus ...«, »Denkt wohl, er sei was Besseres.«) kommt.



Abb. 1-4: Dialektische Wippe, abgewogen wird zwischen alle Regeln rigide einzuhalten und dass Regeln prinzipiell nicht ernstgenommen werden

1.2.6 Integration von nicht ständig anwesenden Therapeuten ins Team

Ergänzt wird ein multiprofessionelles Team durch Spezialtherapeuten, Sozialarbeiterinnen und Erzieherinnen. Sie übernehmen ebenfalls eine wichtige Funktion in der Behandlung der Patientinnen und sind für sie häufig auch eine wichtige Säule in ihrer Behandlung. Gleichzeitig sind diese Berufsgruppen oft mehreren Stationen zugeordnet, damit Teil mehrerer Teams und nicht ständig präsent. Daher muss gemeinsam überlegt werden, an welchen Be-

sprechungen in der Woche sich das Team eine Teilnahme wünscht und dieser Wunsch offen mit den betreffenden Therapeutinnen kommuniziert werden, die ebenfalls Wünsche für bestimmte Teilnahmen äußern können. Wichtig ist auch zu besprechen, ob an Teamtagen oder außerordentlichen Anlässen eines Teams eine Teilnahme beidseits gewünscht ist und dies dann entsprechend zu berücksichtigen, um möglichen Missstimmungen vorzubeugen.