

SOZIALÖKOLOGISCHE NETZWERKE IN DER PSYCHIATRIE

Jan Stähr

Zusammenfassung | In den letzten Jahren hat sich neben der psychiatrischen Versorgung nach dem klassischen biologischen Krankheitsmodell, nach dem seelische Störungen mit Psychopharmaka therapiert werden, das alternative sozialökologische Netzwerkmodell etabliert. Hierbei wird das Lebensumfeld von Menschen mit Psychiatrieerfahrungen in den Mittelpunkt gerückt und es werden sozialbiographische Lösungen erarbeitet, die in das soziale Umfeld der Klientinnen und Klienten eingebettet werden.

Abstract | In addition to the classical biological model of illness according to which mental disorders are treated with psychiatric medication, a new model of psychiatric care has been established in the past few years. Within the framework of this alternative social-ecological network model, the focus is placed on the living environment of people with psychiatric experience and social-biographical resolutions are developed taking account of clients' social environment.

Schlüsselwörter ▶ psychisch Kranker
▶ Psychopharmaka ▶ Alternative ▶ Therapie
▶ Lebenswelt ▶ soziales Netzwerk

1 Einleitung | Die Struktur der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland wurde in den letzten 30 bis 50 Jahren aus einem biologisch-medizinischen Krankheitsmodell entwickelt beziehungsweise maßgeblich davon beeinflusst. Die impliziten Krankheitsmodelle des psychiatrischen Alltagshandelns unterstellten eine weitgehend biologische Determination – die Behandlung wurde eher als Kompensation irreversibler Defizite und als Integrationsbemühen bei unüberwindlichen Beeinträchtigungen gesehen. Dieser Skeptizismus bremste konzeptionelle therapeutische Innovationsbemühungen ab. Es galt hierbei als Stand ärztlicher Kunst, psychotherapeutische, auf das Verstehen und Erleben abzielende Verfahren gerade bei Menschen in psychotischen Krisen nicht anzuwenden und die Psychotherapie von Psychosen auf die therapeutische Grundhal-

tung zu reduzieren. Darüber hinaus sollten keine ärztlichen Gespräche zugelassen oder diese allenfalls auf eine supportive Psychotherapie beschränkt werden, immer unter der Annahme, dass ein medikamentöser Schwerpunkt genüge (Aderhold; Greve 2004, S. 351). Im Vordergrund stand die Bekämpfung beziehungsweise Unterdrückung von Symptomen durch die Behandlung mit Neuroleptika. Die Integration in die Gesellschaft wird aus einer Krankheitsdefizitperspektive wahrgenommen, aus einer Haltung der bevorzughenden Fürsorglichkeit, die eigene Erfahrungen und Sichtweisen der Klienten und Klientinnen negiert und nicht zulässt.

Die wichtigsten Behandlungsziele sind die Vermittlung von Krankheitseinsicht und einer *Compliance* zur Medikamenteneinnahme, die bis heute den Alltag nicht nur in psychiatrischen Kliniken, sondern auch in sozialpsychiatrischen Einrichtungen, etwa im betreuten Wohnen, prägt. Eine oberflächliche *Compliance* führt allerdings zu einem sehr reduzierten Leben als Musterpatient oder Musterpatientin in einem geschützten Rahmen. Ein Minimum an Beanspruchung, Verantwortung und Risiko erhält das Gleichgewicht eines Menschen mit chronischer Schizophrenie, die mit einem Minimum an Gefühlen und Gedanken einhergeht. Patientinnen und Patienten fühlen sich als Opfer und kämpfen darum, von anderen versorgt zu werden. Die geringen Rechte, die sie als Belohnung für angepasstes Verhalten erhalten, sind nicht mit Pflichten oder Verantwortungen verbunden. Die Erkrankung wird als Mittel zum Zweck eingesetzt, und etwaige Veränderungen im Status des chronischen Krankseins bedrohen Ruhe und Vorhersehbarkeit für alle (Amering; Schmolke 2007, S. 16).

Mit der Entwicklung von Psychopharmaka steht der Psychiatrie ein wachsendes Arsenal spezifischer und nützlicher Behandlungen zur Verfügung. Dies ermöglichte den Verzicht auf drastische Behandlungsmethoden wie das Wegsperrern, Elektroschocks oder eine Insulinbehandlung. Die Erfüllung eines historischen Traums, der auf einer anatomischen Pathologie und der Behandlung psychischer Krankheiten nach einem medizinischen Modell basierte, schien zum Greifen nah. Neuroleptika wurden meist hoch dosiert und Menschen, bei den Schizophrenie diagnostiziert wurde, mussten die Behandlungen ein Leben lang fortsetzen. Dies bedeutete, dass Neuroleptika ein reines Instrument der Kontrolle nicht nur der psychischen

Krankheit, sondern auch des Patienten selbst wurden (Cullberg 2008, S. 212). Das dominierende medizinische Krankheitsmodell förderte die Einstellung, dass das Fachwissen nur bei Psychiatern und Psychiaterinnen zu finden sei und nur sie eine gültige Kritik der Methoden formulieren könnten, die als repressiv oder inhuman anzusehen sind (*ebd.*, S. 214).

Gegen dieses einseitige medizinisch-biologische Krankheitsmodell wurden auch von Psychiatern und Psychiaterinnen gravierende Vorbehalte geäußert. In diesem Zusammenhang sind besonders die Beiträge und Forschungen aus Skandinavien, vor allem von Cullberg, Seikkula, Alanen und anderen sowie aus Deutschland von Volkmar Aderhold hervorzuheben. Ihnen ist gemeinsam, dass sie die Sicht der Psychose als eines unvermittelten Ausdrucks biologischer Dysfunktion oder eines hirnganischen Ungleichgewichtes für eine unbestätigte und irreführende Simplifizierung halten, die auf einer unzulänglichen Untersuchung des psychotischen Prozesses beruht. Es gelte zu berücksichtigen, dass Verhalten und Erleben sowie soziokulturelle Prägungen und Interaktionen in sozialen Kontexten die biologisch-physiologischen Prozesse des Individuums beeinflussen.

So finden zum Beispiel traumatisierende Erlebnisse ihren Niederschlag in neuro-physiologischen Veränderungen im Zentralnervensystem. Es war ein folgenschwerer Irrtum in weiten Teilen der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts, dass man psychotisch bewertete Verhaltensweisen vorrangig aus der biologischen Perspektive klären wollte. Doch so hoch komplexe Systeme wie das menschliche Denken, Erleben und Verhalten lassen sich nicht auf einer Systemebene allein verstehen. Psychosen drücken vielmehr im biographischen und familiären Kontext oft in verschlüsselter Form etwas bisher Ungesagtes aus. Aus dieser Perspektive versteht man sie daher als noch unzureichende Lösungsversuche (Aderhold; Crefeld 2010, S. 587). „Die Vorstellung akuter und langzeitiger Psychosen als Reaktion auf ungelöste Lebens- und Beziehungsprobleme ersetzt das klassische Krankheitsverständnis durch eine Perspektive, die das Geschehen als einen Prozess von Krise und Bewältigungsversuch versteht und in der therapeutischen Arbeit die sozialen Kontexte der Klienten, ihre Lösungspotentiale auch in psychotischen Krisen sowie – bedürfnisabhängig – ihre langfristige innere

Entwicklung in den Mittelpunkt stellt. Die Behandlung akuter Psychosen ist dann nicht fokussiert auf Symptomvermeidung, sondern auf Unterstützung von Menschen in schweren Krisensituationen“ (Greve; Aderhold 2008).

Zusammengefasst geht es bei der integrativen sozialökologischen Perspektive

- ▲ um die Überwindung der antitherapeutischen Wirkung einer psychiatrischen Behandlung;
- ▲ um eine entpathologisierende Sprache, die aus dem Behandlungsobjekt Patient wieder einen handlungsfähigen Menschen macht, der sich aktiv mit sich selbst, seiner Umwelt und seinen Beziehungen zu ihr auseinandersetzt;
- ▲ um die Rekonstruktion dessen, was Psychiatrie üblicherweise als von der Lebensgeschichte abgekoppeltes, nicht verstehbares System behandelt;
- ▲ um die humanistische, soziale Unterstützung von Menschen mit schweren psychischen Krisen sowie ihre Einbeziehung und Wertschätzung als Expertinnen und Experten aus Erfahrung (Lehmann; Wehde 2011, S. 342).

2 Auf dem Weg zu einer integrativen psychiatrischen Versorgung | Eine integrative psychiatrische Versorgung ist als interdisziplinärer Ansatz zu verstehen, der neben psychotherapeutischen Elementen vor allem auch die netzwerkzentrierte Ebene aus der Sozialen Arbeit einbezieht, um in einem herrschaftsfreien, offenen Dialog persönliche Netzwerke der Klientel mit den professionellen Netzwerken zu verbinden (Seikkula; Arnkil 2007). Es herrscht zunehmend Übereinstimmung darüber, dass die Integration von psychiatrischer Versorgung in die allgemeinen Gesundheitsleistungen eine sinnvolle Antwort auf die vielen Defizite in der Gesundheitsversorgung sind, die gleichermaßen in Entwicklungsländern wie in entwickelten Ländern festgestellt werden. Bei diesen Defiziten handelt es sich um die Vernachlässigung der Bedürfnisse der Menschen und die Fragmentierung und Unzulänglichkeit der Gesundheits- und Sozialleistungen. Die zentrale Perspektive, aus der diese Begrenzungen aufgehoben werden können, beinhaltet ein umfassendes und ganzheitliches Konzept, das sowohl die „kranken“ als auch die „gesunden“ Aspekte der Gesundheit sowie die biologischen, psychologischen, sozialen, kulturellen und spirituellen Rahmenbedingungen einschließt (Amering; Schmolke 2007, S. 88).

In Deutschland werden von den Krankenkassen zunehmend Modelle der integrierten psychiatrischen Versorgung gefördert und finanziert. Dabei wurden vermehrt ambulante Settings gewählt, Formen der aufsuchenden Betreuung (home treatment) gewährleistet und die Einbeziehung der sozialen Netzwerke der Klientinnen und Klienten so früh wie möglich verwirklicht. Die psychiatrische Versorgung kann in diesem Sinne als eine gesellschaftspolitische Aufgabe verstanden werden zu der es auch gehört, autoritäre Erscheinungsformen der klassischen Psychiatrie zu überwinden und alternative Strukturen zu etablieren.

Um chronischen Krankheitsverläufen, die in Resignation und Apathie münden, entgegenzuwirken, gilt es, ein Verständnis der Psychose als Ich-Schwäche und als Vorgang der Traumatisierung und Stigmatisierung zu entwickeln, das im Folgenden erläutert werden soll. Daran schließt sich eine Darstellung des Modells der „bedarfisangepassten Behandlung“ (need-adapted treatment) an, die einen Einblick beziehungsweise Ausblick in eine mögliche zukünftige Versorgungsstruktur geben soll.

3 Unterstützung der Identitätsbildung als psychosoziale Aufgabe | Die Kohärenz unserer psychischen Realität – unser Bild von der Welt – ist offen für Einflüsse durch die Fantasie, durch Wunschenken, durch bedrohliche Erfahrungen und physiologische Störungen. Im Ergebnis ist die Realität, das heißt die sinnvolle Interaktion zwischen der Innenwelt und den äußeren Ereignissen, permanent von Störungen bis hin zur Zerstörung bedroht. Gleichzeitig findet durch die Arbeit des Ich eine Interaktion zwischen den äußeren Reizen und unseren inneren Repräsentanzen der uns umgebenden Welt statt, die zu einer ständigen Fortschreibung und Rekonstruktion unserer Weltansicht führt. Bei akuten Psychosen ist die Fähigkeit des Ich, Sinn zu schaffen sowie Umgebung und Innenwelt zu integrieren, zusammengebrochen oder auf einem wirkungslosen Niveau fixiert (Cullberg 2008, S. 281).

Die chronische Psychose kann auch als Weg des Betroffenen verstanden werden, sich einer Realität anzupassen, die er nicht verhandeln kann (Cullberg 2008, S. 188) und über die er keine Kontrolle hat. Aus Sicht eines Betreuers im betreuten Wohnen scheint es mir daher wichtig zu sein, sich mit der Klientin oder dem Klienten immer wieder in Aushandlungsprozesse zu begeben. Es ist für die Klientinnen und Klienten

wichtig zu erfahren, dass sie es in der Hand haben, die Realität zu beeinflussen, wenn sie sich in Kontakt und in Verhandlung begeben. Ein starres Festhalten an Regeln und erwarteten Verbindlichkeiten, etwa zur verpflichtenden Teilnahme an gemeinsamen Gruppenangeboten, birgt eher die Gefahr der Regression, wird hierdurch doch der Eindruck vermittelt, dass über sie verfügt und ihnen etwas oktroyiert wird, auf das sie keinen Einfluss haben.

Auch in Bezug auf die Einnahme von Medikamenten kommt es darauf an, den selbstverantwortlichen Umgang der Klientinnen und Klienten zu fördern und sie zu ermutigen, sich selbst wahrzunehmen und mit dem psychiatrischen Facharzt oder der Fachärztin über die richtige Dosis zu verhandeln. Dabei geht es nicht nur um den Austausch von mehr oder weniger guten Substanzen, sondern um die Entwicklung einer gleichberechtigten Kooperationsbeziehung, die das Selbstverständnis und die Selbstverantwortung von Patientinnen und Patienten nicht beschneidet, die Medikation reflektierbar macht und so letztlich Psychiatrie in ein psychotherapeutisches Gesamtverständnis und Beziehungsgefüge einordnet (Aderhold; Bock 2000, S. 174). So entsteht eine aktive Auseinandersetzung der Betroffenen mit der Medikation als allmählicher Lernprozess mit individuell unterschiedlich erlebten, aufeinander folgenden, mehr oder weniger notwendigen Erfahrungen und Lernschritten. Nach diesem Verständnis ist das Ziel neuroleptischer Medikation nicht unbedingt die vollständige Beseitigung psychotischer Symptome, sondern es soll ein ausreichender Schutz erreicht werden, um sich mit ihnen konstruktiv und integrierend auseinandersetzen zu können und sie möglicherweise zu überwinden (ebd., S. 186).

Diese Form des kooperativen Aushandelns sollte an die Stelle des Versuchs der Herstellung einer Compliance treten, da es für den Heilungsprozess auch notwendig ist, Klientinnen und Klienten in ihrer Selbstbefähigung zu stärken und ihnen teilweise Kontrolle und Macht zurückzugeben, wohlgerne in einer kommunikativen Interaktion. Denn häufig ist die Medikation für Patientinnen und Patienten nicht nur ein Regulativ gegen psychotische Symptome, sondern sie wird vielmehr zum Symbol für ihre Identität als Kranker, die alle Dimensionen menschlicher Identität durchdringt. Erst die Begleitung der notwendigen Identitätssuche in einem therapeutischen Dialog und

die Rückkehr in einen normalisierenden sozialen Kontext kann der Medikation diese sozialtoxische Wirkung nehmen und sowohl eine Chronifizierung als auch hilfloses Absetzen der Medikamente als Versuche der Ausstoßung negativer Krankheitsidentität verhindern (Aderhold; Bock 2000, S. 192 f.). Es ist ein Akt der Befreiung, die eigene Erfahrung wieder in Besitz zu nehmen. Dabei geht es nicht um Selbstermächtigung, sondern um Rückgewinnung der Macht, die an die psychiatrischen Experten abgegeben worden war. Das bedeutet nicht, dass professionell Helfende nicht großen Anteil an *Recovery-Prozessen* ihrer Klienten und Klientinnen haben können (Amering; Schmolke 2007, S. 154).

4 Psychose als traumatischer Vorgang und Entstehung einer posttraumatischen Belastungsstörung | Im psychotischen Erleben üben häufig andere Kontrolle über die Betroffenen aus, die sich dadurch hoffnungslos ausgeliefert fühlen. Häufig liegt dem Gefühl reales Erleben zugrunde, sei es durch Erfahrungen des Mobbings am Arbeitsplatz oder Diffamierungen seitens des politischen Gegners, die einen Verfolgungswahn auslösen können und den Vorgang des psychotischen Erlebens als schwer traumatisierend empfinden lassen.

Psychosen sind Traumata, die durch Erfahrungen von Gewaltanwendung in der psychiatrischen Behandlung verstärkt und sich zu dauerhaften posttraumatischen Belastungsstörungen entwickeln können. In diesem Sinne führt Cullberg (2008, S. 181 f.) aus: „Die Entstehung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ist ein wichtiger Faktor, der ein Hindernis für die Entwicklung der Fähigkeit eines gesunden Ichs darstellt, die Kontrolle wiederzuerlangen. Eine PTBS entsteht bei mehr als der Hälfte aller Menschen, die wegen akuter Psychose behandelt werden. Die PTBS ist, neben den verbliebenen psychotischen Symptomen, von spezifischen Merkmalen gekennzeichnet. Dazu gehören Ängstlichkeit, depressive Symptome, ein quälendes Nacherleben des Krankheitsbeginns in Form von Flashbacks und Alpträumen, mit der Furcht untermischt, wieder in ein Krankenhaus eingewiesen zu werden. Das zugrunde liegende Trauma in der PTBS nach einer Psychose leitet sich aus der Erfahrung her, was es bedeutet, psychotisch zu sein, ebenso aus den beängstigenden und integrationsfeindlichen Erfahrungen um die Einweisung ins Krankenhaus. Vermutlich wird die PTBS häufig unter das subsumiert, was

gewöhnlich als ‚postpsychotische Depression‘ bezeichnet wird, sie hat aber einen eigenen diagnostischen Code.“

Nach traumatischen Erlebnissen ist nicht die Rückkehr zum vorhergehenden Zustand das Ziel, sondern die Integration einer Erfahrung, die das bisherige Bild von der Welt häufig und der eigenen Situation in der Welt dramatisch verändert. *Recovery* ist hier ein aktiver Prozess, der dazu führen soll, dass das Leben weder durch Verdrängung noch durch eine fortgesetzte Situation als Opfer eingeschränkt bleibt. *Recovery* nach einem Trauma kann ein langwieriger Prozess sein. Im Wesentlichen geht es darum, das Erlebte zu verstehen und die Kontrolle über die eigene Sicherheit und das eigene Leben wiederzugewinnen (Amering; Schmolke 2007, S. 95). So ermöglichen Gespräche über Psychose- und Psychiatrieerfahrungen deren Integration. Aus Beliebigem, nicht Integriertem, Traumatischem wird durch die erzählerische Auswahl und Aufbereitung eine Sinnstruktur erzeugt. Eine Psychose ist dann mehr als nur ein bedauernswertes Schicksal, sie hat eine individuelle Bedeutung in der Lebensgeschichte. Das Gefühl der Sinnhaftigkeit entscheidet maßgeblich darüber, ob es jemandem gelingt, seine Handlungsmöglichkeiten auszuschöpfen und Ressourcen gegen Erkrankungen beziehungsweise Ressourcen zur Gesundung zu entfalten (Knuf 2000, S. 77).

5 Stigmatisierung als genesungshinderlicher Faktor | Neben der Traumatisierung steht einer Genesung auch der Vorgang des *Labelns* mit dem Etikett „psychisch krank und wertlos“ entgegen. Wird der Sicht des Kranken, von der Gesellschaft ausgeschlossen zu sein, nicht so schnell wie möglich entgegengetreten, führt dies automatisch zur Reduzierung der ohnehin schwachen Selbstachtung des Betroffenen und erschwert es ihm zusätzlich, die Kontrolle über die reale Welt wiederzuerlangen (Cullberg 2008, S. 182).

Der Prozess der Stigmatisierung lässt sich folgendermaßen beschreiben:

- ▲ Ein Unterschied wird festgestellt (zum Beispiel ein Symptom);
- ▲ ein Label wird vergeben („psychisch krank“);
- ▲ ein Zusammenhang mit in der Gesellschaft bestehenden negativen Stereotypen wird festgestellt (unberechenbar, unheilbar);
- ▲ soziale Distanz wird gesucht;
- ▲ es folgt die Diskriminierung.

Die Internalisierung stigmatisierender Ereignisse und Vorstellungen beschädigt die Identität der Betroffenen und führt zu Selbstabwertung, Scham, Verheimlichung und sozialem Rückzug; sie behindert den Genesungsprozess beträchtlich. Deshalb scheint es in der Betreuungsarbeit notwendig zu sein, nach der Devise zu verfahren: So viel Normalität wie möglich, so viel Schutzraum wie nötig. Dies verweist auf die Forderung der Umsetzung inklusiver Strukturen, wie sie die UN-Behindertenkonvention vorsieht. Menschen mit Psychosen brauchen Wertschätzung durch berufliche Erfolge in normalitätsausgerichteten Arbeitsplätzen auf dem ersten Arbeitsmarkt. Ein gemeindepsychiatrisches Vorgehen kann nicht zum Ziel haben, die Klientinnen und Klienten in die Psychiatriegemeinde einzugliedern, sondern muss Ressourcen und Netzwerke in den Bereichen Arbeit, Sport, Freizeit und Wohnen bereitstellen. Ganz wesentlich geht es auch darum, Maßnahmen gegen strukturelle Diskriminierung zu fördern. Dazu gehören essenziell die Durchsetzung der Antidiskriminierungsgesetze und der Schutz der Menschenrechte wie der Patientenrechte.

Ein Beispiel für die gelungene Aufklärung im Kampf gegen Stigmatisierungen sind Schulprojekte, die triangulisch vorgehen und Kontakte zwischen Schülerinnen und Schülern, Betroffenen sowie Angehörigen ermöglichen. Dies ist die Strategie, von der man weiß, dass sie zur Verringerung von Stigmata beiträgt. Die persönliche Bekanntschaft eines stigmatisierten Menschen verringert die Neigung, die Gruppe zu stigmatisieren, der er angehört. Auch in Projekten, die Aufklärung mit Kontakt verbinden, scheint der Kontakt den wichtigsten Beitrag zu leisten (Amering; Schmolke 2007, S. 76).

Wesentlichen Einfluss auf die Lebensqualität haben die Quantität und Qualität sozialer Kontakte. Stigmatisierende soziale Interaktionen stören diese. Selbstvertrauen und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten heben sie. Nicht überraschend ist daher, dass Mangelversorgung gerade in den Bereichen Beschäftigung und sozialer Kontakte die Kennzeichen von Betreuungssituationen sind, die die Lebensqualität deutlich negativ beeinflussen (Amering; Schmolke 2007, S. 56).

6 Netzwerke in der bedürfnisangepassten Behandlung | Ein wesentlicher Schritt zur Veränderung von Strukturen in der psychiatrischen Versorgung wäre die Implementierung des Modells der bedürfnis-

angepassten Behandlung, das auf offene Dialoge in Netzwerken ausgerichtet ist. Dieses skandinavische Konzept zur Behandlung von Psychosen, das an dieser Stelle vorgestellt und auf seine Übertragbarkeit ins deutsche psychiatrische System hin untersucht werden soll, bedeutet einen möglichst breiten Einsatz individual- und systemtherapeutischer Hilfen. Gleichzeitig ist es gemeindepsychiatrisch mit inklusiver Ausrichtung: im Lebensumfeld der Klientinnen und Klienten, niedrigschwellig zugehend und personenzentriert.

Das Modell basiert auf den folgenden Prinzipien (Aderhold; Greve 2009):

▲ Zu Beginn finden intensive wiederholte Therapieversammlungen mit den Betroffenen, ihren Familien und möglicherweise weiteren wichtigen Bezugspersonen statt: Die therapeutischen Aktivitäten werden gemeinsam geplant und flexibel ausgeführt, in Krisen möglicherweise täglich. Sie sollen den tatsächlichen und veränderlichen Bedürfnissen der Patientin beziehungsweise des Patienten und ihres oder seines persönlichen sozialen Netzwerkes entsprechen. Diese Versammlungen bilden den Kern des Konzeptes. In Versammlungen werden die interaktiven Prozesse in und mit der Familie zum entscheidenden therapeutischen Agens und die Therapieversammlung selbst wird zum Ort aller wesentlichen therapiel leitenden Entscheidungen. Die krisenhafte psychotische Situation wird in ihrem Entwicklungspotenzial anerkannt und als offener Prozess dialogisch begleitet.

▲ Untersuchung und Behandlung sind durch eine psychotherapeutische Haltung bestimmt, das heißt die Therapeutinnen und Therapeuten bemühen sich, die Vorgeschichte und die auslösenden Bedingungen der psychotischen Krise und die Interaktionen im sozialen Netzwerk der Patientin oder des Patienten zu verstehen und die therapeutischen Beziehungen und Hilfestellungen nach diesem Verständnis zu gestalten.

▲ Regelmäßige Anwesenheit der Klientin beziehungsweise des Klienten in allen therapeutischen Situationen, die sie oder ihn betreffen und in denen die Behandlung geplant wird. Die Betroffenen haben als Experten ihrer eigenen Lebenssituation zu gelten.

▲ Möglichst rascher und im Verlauf konsequenter Einbezug des Netzwerkes der Patientin und Patientinnen sowie deren kontinuierliche Unterstützung.

▲ Verlagerung der Behandlung in das Lebensumfeld der Erkrankten (so wenig stationäre Behandlung wie möglich).

▲ **Beziehungskontinuität:** Heilung vollzieht sich nicht im, sondern zwischen Menschen, in den Beziehungen, die sie vertiefend miteinander entwickeln und verinnerlichen.

▲ Vor allem psychotisch erkrankte Patientinnen und Patienten sollten Neuroleptika möglichst gar nicht oder nur in der geringst möglichen Dosis erhalten.

Die Behandelnden lassen sich auf einen überaus intensiven und komplexen Prozess ein, da sie die Institution verlassen und sich in das Lebensumfeld der Betroffenen hineinbegeben. Damit ist zugleich eine Neuorientierung in der Therapeutenrolle erforderlich, denn sie sind nun nicht mehr die Expertinnen oder Experten der Erkrankung innerhalb einer Sicherheit bietenden Institution. Stattdessen müssen sie darauf vertrauen, dass die Betroffenen und ihr Netzwerk selbst wissen oder gemeinsam entwickeln, was die Erkrankung beziehungsweise Symptomatik im Kontext bedeuten könnte und was das günstigste gemeinsame Vorgehen ist. Die Aufgabe der Therapeutinnen und Therapeuten ist es, die Erkrankten sowie die Mitglieder ihrer Netzwerke so miteinander ins Gespräch zu bringen, dass über das für die Betroffenen Unsagbare, das sich in ihren Symptomatiken ausdrückt, gemeinsam gesprochen werden kann (Schütze u.a. 2010, S. 14). Erforderlich ist eine berufsgruppenübergreifende, multiprofessionelle und grundlegende Qualifizierung aller beteiligten Fachkräfte.

7 Der Ansatz der Sozialraumorientierung in der Gemeindepsychiatrie | Das Konzept der netzwerkorientierten, bedürfnisangepassten Behandlung geht auf im Ansatz der Sozialraumorientierung, der zunächst für den Bereich der Jugendhilfe entwickelt wurde, sich aber vollständig auf den sozialpsychiatrischen Kontext übertragen lässt und mittlerweile auch auf ihn zugeschnitten ist. Das sozialräumliche Konzept ist einerseits ein besonders auf Personen bezogener und andererseits ein sozialökologischer, auf die Veränderung von Verhältnissen zielender Ansatz. Das Konzept mit seiner integrierenden Zusammensicht dieser beiden Stränge ist auf die personenorientierte, humanistische Psychologie beispielsweise von *Carl Rogers*, *Ruth Cohn* und *Fritz Perls* und aus der auf die Verbesserung von Lebensbedingungen gerichteten Gemeinwesenarbeit und Sozialökologie zum Beispiel von *Saul Alinsky*, *Kurt Lewin* und *Richard Hauser* zurückzuführen (Hinte 2006, S. 11).

In diesem Sinne werden Betroffene als aktive Subjekte begriffen, die zu ihrer persönlichen Lebensführung ihre eigenen Fähigkeiten ebenso wie die jeweils zur Verfügung stehenden Personen und andere externe, in den jeweiligen Lebensräumen vorhandene Ressourcen nutzen. Sozialraumorientierung im gemeindepsychiatrischen Bereich bedeutet, den sozialen Raum mit seinen Milieus und Menschen als Ressource zu nutzen, ihn für die Personen und Settings zu stärken, die mit Belastungen aus psychischen Erkrankungen umzugehen haben, sowie diese Personen zum gemeinsamen Leben unter belasteten Bedingungen zu befähigen. In der Folge muss auch unabhängig und losgelöst vom Einzelfall in den Sozialraum investiert werden, um die Voraussetzung von personenzentrierten Hilfen zu schaffen.

Ein solche Vorgehensweise ergänzt das professionelle Deutungssystem und führt zur Zurückdrängung der professionellen Hilfewelt. Dies folgt dem Leitbild der sorgenden Gemeinschaft (*caring community*), das auf der Idee beruht, dass *Care-Leistungen* am besten und nachhaltigsten als Mischung von professionellen, familiären und zivilgesellschaftlichen Hilfen zu erbringen sind, wie *Steinhart* (2013) mit Verweis auf den Teilhabebericht der Bundesregierung schreibt. Die Verantwortung für die bedürftigen Menschen innerhalb der Gesellschaft liegt nach diesem Verständnis weder allein bei den Familien noch bei übergeordneten staatlichen Institutionen, sondern vielmehr „in der Mitte der Gesellschaft“. Hier geht es letztlich um die Schaffung und Verstetigung tragfähiger intergenerationeller Netzwerke, in denen die Unterstützung anderer durch Gefühle von Solidarität und Gegenseitigkeit motiviert wird (*ebd.*).

8 Ausblick | In Deutschland gibt es einerseits den Aufbruch zu bedürfnisangepassten Behandlungskonzepten und integrativer Versorgung auch im stationären Rahmen mit besserer Verknüpfung ambulanter Settings, andererseits lässt sich in vielen Kliniken eine rückläufige Entwicklung zu Hochdosierungen und einseitiger medikamentöser Behandlung beobachten. Die psychiatrische Tradition in Deutschland prägt weiterhin das Bewusstsein der in der Psychiatrie Tätigen dahingehend, dass die Beziehung zur Patientin und zum Patienten vorrangig im Sinne einer tendenziell verdinglichten Objektbeziehung, einer Behandlung von oben herab gelebt wird. So verstandene Behandlung heißt, auf die Patientin beziehungsweise den

Patienten einzuwirken, damit ihre beziehungsweise seine Störungen beseitigt oder gelindert werden zum Beispiel durch Psychopharmakotherapie, Arbeitstherapie etc. So zielen die Rahmenbedingungen nach wie vor primär auf die Anpassung der Einzelperson. Menschen mit Psychiatrieerfahrung werden eingepasst und normalisiert, in der Therapie wird die Lösung gesucht (Steinhart 2013).

Werden Patientinnen und Patienten in ihrem Lebensfeld genauer betrachtet, stellt man oft fest, dass vorangehende Behandlungen im wahrsten Sinne des Wortes „an den Symptomen kuriert“ haben und nicht zu den zentralen Problemen der persönlichen Entwicklung und der Beziehungsdynamik vorgedrungen sind. Auf dem Weg zu einem inklusiven Gemeinwesen gilt es, bestehende Strukturen und Auffassungen im Sinne einer subjektorientierten Personenzentrierung zu verändern, so dass sich der Mensch mit seiner Behinderung und die Gesellschaft wechselseitig in ein Passungsgefüge stellen, in dem die Unterschiedlichkeit zur Normalität wird.

Jan Stähr ist Diplom-Sozialpädagoge und arbeitet im betreuten Einzelwohnen für psychisch kranke Menschen bei der Brücke gGmbH in Berlin. E-Mail: j.staehr@gmx.de

Literatur

- Aderhold**, Volkmar; Bock, Thomas: Selbstbefähigung bei der Medikation? In: Knuf, A.; Seibert, U.: Selbstbefähigung fördern. Bonn 2000, S. 172-195
- Aderhold**, Volkmar; Crefeld, Wolf: Neuroleptika zwischen Nutzen und Schaden. In: BtPraxis 2/2010, S. 58-62
- Aderhold**, Volkmar; Greve, Nils: Was ist „Need-adapted Treatment“? – Bedürfnisangepasste Behandlung von Menschen mit schizophrenen Psychosen. In: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 2/2004, S. 351-357
- Aderhold**, Volkmar; Greve, Nils: Bedürfnisangepasste Behandlung und offene Dialoge. In: Kontext 3/2009, S. 228-242
- Amering**, Michaela; Schmolke, Margit: Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn 2007
- Cullberg**, Johan: Therapie der Psychosen – ein interdisziplinärer Ansatz. Bonn 2008
- Greve**, Nils; Aderhold, Volkmar: Chancen für eine integrative Psychosentherapie in Deutschland. In: Cullberg, Johan: a.a.O. 2008, S. 288
- Hinte**, Wolfgang: Geschichte, Quellen und Prinzipien des Fachkonzeptes Sozialraumorientierung. In: Budde; Früchtel; Hinte (Hrsg.): Sozialraumorientierung. Wege zu einer veränderten Praxis. Wiesbaden 2006, S. 11
- Knuf**, Andreas: Selbstbefähigung fördern. Bonn 2000

Lehmann, Peter; Wehde, Uta: Psychotherapie und helfende Beziehung statt Psychiatrisierung. Alternative Wege bei schweren seelischen Krisen. In: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 2/2011, S. 339-343

Schütze, Werner; Karwinkel, Ulrich; Aderhold, Volkmar: Am Beispiel Nauen. Bedürfnisangepasste Behandlung nach finnischem Modell. In: Kerbe 3/2010, S. 11-15

Seikkula, J.; Arnkil, T.E.: Dialoge im Netzwerk. Neue Beratungskonzepte für die psychosoziale Praxis. Neumünster 2007

Steinhart, Ingmar: Anforderungen an Hilfesysteme und Rahmenbedingungen – aus Sicht der Leistungserbringer. Berlin 2013

ALICE SALOMON 
HOCHSCHULE BERLIN
University of Applied Sciences

berufsbegleitender Masterstudiengang

Biografisches und Kreatives Schreiben

Bewerbungen bis zum 15.7.2014

Studienberatung

Guido Rademacher, (Dozent):
rademacher@ash-berlin.eu
Kristiane Jornitz (Koordination):
Tel.: 030/99245-332

www.ash-berlin.eu/bks

