



Jürgen Fais (Hrsg.)

Schattenwelt

Vom Umgang mit Gewalt
im psychiatrischen Arbeitsfeld



PABST

Jürgen Fais (Hrsg.)

Schattenwelt

Vom Umgang mit Gewalt
im psychiatrischen Arbeitsfeld



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Lengerich

Jürgen Fais
Mommensenstraße 4
50935 Köln
E-Mail: fais@paravida.de
www.paravida.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über [<http://dnb.ddb.de>](http://dnb.ddb.de) abrufbar.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© 2014 Pabst Science Publishers, 49525 Lengerich, Germany
Formatierung: Armin Vahrenhorst

Bildnachweis Titelseite: © Boyan Dimitrov - Fotolia.com

Printed in the EU by booksfactory.de

Print: ISBN 978-3-89967-949-6
eBook: ISBN 978-3-89967-950-2 (www.ciendo.com)

Inhaltsverzeichnis

Schattenwelt – Vom Umgang mit Gewalt im psychiatrischen Arbeitsfeld. Eine Einführung <i>Jürgen Fais</i>	7
Begegnung und Umgang mit Gewalt im sozialpsychiatrischen Alltag <i>Klaus Obert</i>	13
Vorbeugung und Bewältigung von gewaltförmiger Eskalation in der Gemeindepsychiatrie <i>Hermann Elgeti</i>	34
Ohnmacht und Gewalt – Aggression in der Psychiatrie. Ein Essay <i>Ingo Bauer</i>	45
Gewalt in der Gerontopsychiatrie – Differenzierungen der Gewaltquellen und ein 10-Punkte-Programm der Intervention und Prävention <i>Udo Baer</i>	55
Gewalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie <i>Katharina Strahler & Marcus Melzer</i>	70
Gewaltvolle Übergriffe: Grenztestung als stetige Herausforderung an die Motivation der Mitarbeiter in der Jugendhilfe <i>Christine Straube</i>	95
Aggressionen und Gewalt als Bestandteil der forensischen Arbeit im Maßregelvollzug – Ein Überblick über Alltag, Prognose und Therapie <i>Marcus Melzer & Katharina Strahler</i>	115
Schattenwelt – Sehnsucht nach Besserung <i>Jürgen Fais</i>	129
Aggressives Verhalten als Folge eines Schädelhirntraumas <i>Brigitte Stemmer</i>	152

Gewalt und ihre Folgen für Körper und Seele – Traumafolgestörungen und ihre Behandlungsmöglichkeiten in der Psychosomatik	
<i>Christian Firus</i>	167
Gewalt regiert, unausweichlich	
<i>Claudia Franck</i>	179
Seelische Krise und aggressives Verhalten in Familien mit psychisch Kranken – Annäherungen an ein Tabuthema	
<i>Christian Zechert & Beate Lisofsky</i>	195
Autorinnen und Autoren	205

Schattenwelt – Vom Umgang mit Gewalt im psychiatrischen Arbeitsfeld

Eine Einführung

Jürgen Fais

„Bei mir bricht Aggression immer aus, wenn ich getrunken habe. Ich verliere dann die Kontrolle über mich. Mein Erkrankungshintergrund ist akute Schizophrenie. Ich bin seit 1998 in psychiatrischer Behandlung und seit 2011 im Maßregelvollzug.“ (Igor)

Im psychiatrischen Arbeitsfeld spielt der Umgang mit aggressivem Verhalten eine wichtige Rolle. Spector et. al (2014) stellten bei einer Metaanalyse von 136 internationalen Studien mit mehr als 150.000 befragten Pflegemitarbeitern in Einrichtungen und Heimen fest, dass 36% der Befragten bereits physischer Gewalt und 67% psychischer Gewalt ausgesetzt gewesen seien. Knapp 33% der befragten Pflegemitarbeiter seien durch einen Übergriff körperlich verletzt worden.

Wissenschaftlich evaluierte Daten über den Umfang aggressiver Handlungen durch Dritte und deren Folgen für die Patienten im psychiatrischen Versorgungssystem liegen nur begrenzt vor. Allerdings zeigt die Geschichte der Psychiatrie, dass den Patienten viel Leid zugefügt wurde und auch heute noch wirksame Behandlungen mit gravierenden Nebenwirkungen für die Klienten praktiziert werden. (Steinert, 2008) Auch sei erwähnt, dass die Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen von dem zu Behandelnden häufig als gewaltvoll beschrieben und erlebt werden. Aggression und Gewalt tritt nicht immer augenscheinlich auf. Sie tritt oft als „geschehenes Ungeschehenes“ innerhalb einer Schattenwelt auf, mit erheblichen Konsequenzen für die Gesundheit der Betroffenen.

„Wer im psychiatrischen Arbeitsfeld nach Wegen der Vorbeugung gegen Gewalt bzw. des angemessenen Umgangs mit gewalttätigen Handlungen und Äußerungen sucht, muss Differenzierungen auf mehreren Eben treffen. Die erste Ebene betrifft die verschiedenen Gesichter und Qualitäten von Gewalt. Die

zweite betrifft die Unterscheidung, wer Opfer der Gewalt ist. Die hilfsbedürftigen Menschen oder die psychiatrischen Fachkräfte. Und drittens ist zu differenzieren, aus welchen Quellen jeweils die Gewalt entspringt. Diese Differenzierungen vorzunehmen, mag mühsam und aufwändig erscheinen. Doch mit struktureller Gewalt, der hilflosen Gewaltäußerung einer demenzkranken Patientin oder der Gewalt einer Fachkraft ist jeweils unterschiedlich umzugehen. Der Weg der Differenzierung ist notwendig und lohnt. Er ist Voraussetzung, um wirksame Wege der Intervention und Prävention zu finden.“ (Beitrag Baer in diesem Buch)

Zum Inhalt des Buchs

„Gewalt lehne ich grundsätzlich ab. Ich finde Gewalt ist eine Sache, die ich nicht totschießen oder wegquatschen kann. Es wird sie in der Gesellschaft immer geben. Den jungen Kollegen sage ich auch immer, dass es nie eine gewaltfreie Psychiatrie geben wird, weil es auch keine gewaltfreie Gesellschaft gibt.“ (Leo S.)

In dieser Publikation werden die Erscheinungsformen von Gewalt, wie sie in (einem Teilbereich) der Psychiatrie erlebt wird, dargestellt. In ihren Beiträgen beschreiben langjährige Fachkräfte die vielfältigen Erscheinungsformen von Gewalt, die sie in ihrer Arbeit erleben und wie sie den Umgang damit bewältigen. Die AutorInnen unterscheiden sich in ihren disziplinären Bezügen, aber auch teilweise in ihren Einschätzungen und Bewertungen. Die Publikation kann nur einen begrenzten Überblick über den gegenwärtigen Wissen(schafts)stand geben. In diesem Sinne richtet sich das Buch bewusst an die Praktiker und soll somit auch Beschäftigte angrenzender Berufsgruppen ansprechen.

Vom Umgang mit Gewalt...

...im Arbeitsfeld der Sozial- und Gemeindepsychiatrie

Eine wesentliche, geradezu zentrale Leitlinie der Sozialpsychiatrie besteht in der konsequenten Verringerung von Gewalt und Zwang in der stationären wie in der ambulanten psychiatrischen Versorgung. **Klaus Obert** erläutert und diskutiert in seinem Beitrag, wie das Ziel, Gewalt kontinuierlich zu verringern, erreicht werden kann. Aber auch, was zu tun ist, wenn in Situationen akuter Selbst- und Fremdgefährdung zwangsweise Unterbringungen nicht zu vermeiden sind und wie ein professioneller Umgang aussehen und gelernt werden kann. Anschließend beschreibt er Kategorien sozialpsychiatrischen Handelns, die von einer weitgehend demokratischen, partizipatorischen, selbstreflexiven Position geprägt ist bis hin zur Einleitung und Umsetzung einer zwangsweisen

Unterbringung. Klaus Obert erläutert anhand von Fallbeispielen aus der täglichen sozialpsychiatrischen Arbeit die Herangehensweise, die Reflexion und Auseinandersetzung mit dem Betroffenen.

Hermann Elgetis Beitrag ist die überarbeitete Fassung eines Artikels, der 1999 unter Mitwirkung einiger poliklinischer Mitarbeiter beider psychiatrischer Abteilungen der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) zusammengestellt wurde. Im Kern beschreibt er Präventions- und Interventionsstrategien zur Vermeidung von Situationen in der Gemeindepsychiatrie, die zu eskalieren drohen. Der Artikel entstand auf dem Hintergrund eines dramatischen Gewaltdeliktes. Eine Ärztin wurde während ihrer Ambulanztätigkeit in einer benachbarten psychiatrischen Abteilung von einem Patienten getötet.

In seinem Essay stellt sich **Ingo Bauer** die Frage, in wie weit Unwissenheit, Voreingenommenheit und Abwehr allein schon Aggression bei Patienten hervorruft. Psychiatrie erweckt immer mehr den Eindruck, alle ihr zuteilwerdenenden, oft zusätzlichen, sich wandelnden oder gar unlösbaren Aufgaben beherrschen zu können und behindert sich somit selbst. Hinzu kommen eine personelle Ausstattung, eine sich stets ändernde Gesetzeslage sowie räumliche Gegebenheiten, die den in der Psychiatrie Tätigen trotz Weiterbildungen, Training und Supervisionen auch die Arbeit mit gewaltbereiten Patienten zunehmend erschweren.

...im Arbeitsfeld der Gerontopsychiatrie

Das gerontopsychiatrische Arbeitsfeld umfasst mittlerweile bei weitem nicht nur explizit als „gerontopsychiatrisch“ bezeichnete Einrichtungen. In den Altenheimen leben überwiegend Menschen mit Demenz- und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen. In der ambulanten oder häuslichen Pflege, in Tageseinrichtungen, in Wohngruppen – überall müssen Pflege- und andere Fachkräfte mit alten Menschen umgehen, die an gerontopsychiatrischen Erkrankungen leiden. Der Beitrag von **Udo Baer** nimmt deshalb nicht nur die klassischen gerontopsychiatrischen Einrichtungen in den Blick, sondern das gesamte gerontopsychiatrische Arbeitsfeld.

Alte Menschen sind Opfer von Gewalt und Aggression. Um aggressives Verhalten besser verstehen zu können und geeignete Umgangsweisen damit zu entwickeln, sollte sich der Blick auf die Quellen aggressiven Verhalten richten. Das gilt auch bei der Beschäftigung mit gewalttätigen bzw. aggressiven Handlungen alter Menschen. Es bedarf z. B. unterschiedlicher Reaktionsweisen, wenn diese auf demenzieller Hilflosigkeit beruhen oder wenn sie von pflegebedürftigen Menschen ausgehen, die auch früher gewalttätig waren. Udo Baer rundet seinen Beitrag mit Hinweisen auf Präventionsmöglichkeiten ab.

...im Arbeitsfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Aggressives oder oppositionelles Verhalten bei Kindern und Jugendlichen stellt kein ungewöhnliches Phänomen innerhalb einer normalen Entwicklung und Reifung dar. Doch müssen hinsichtlich der Qualität und Quantität der Verhaltensweisen, der Auftretenszeitspanne, sowie der Beeinträchtigung der psychosozialen Entwicklung deutliche Abgrenzungen getroffen werden. Im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung stellt aggressives und gewalttätiges Verhalten ein oft unterschätztes Problem innerhalb der Therapie dar. Sowohl pflegerische und betreuende Mitarbeiter als auch Therapeuten und Mitpatienten sind häufig damit konfrontiert. Die Abläufe innerhalb der Behandlung werden bisweilen erheblich gestört; nicht zuletzt ziehen gewalttätige Handlungen von Kindern und Jugendlichen physische und psychische Konsequenzen sowohl für Patient als auch für Behandler nach sich. **Marcus Melzer und Katharina Strahler** beschreiben in ihrem Beitrag die häufigsten psychiatrischen Erkrankungen, welche mit aggressiven Verhaltensweisen korrelieren und deren Auswirkungen auf die kinder- und jugendpsychiatrische stationäre Therapie.

Christine Straube skizziert in ihrem Artikel die Herangehensweise der Malteser Jugend- und Familienhilfe an Kinder- und Jugendliche mit verschiedenen psychischen Erkrankungen. Sie beschreibt, wie Erfahrungen der Erkrankten hypothetisch für die Entwicklung der verschiedenen Ausformungen ihrer Verhaltensauffälligkeiten, Denkweisen und ihrer z.T. verzerrten Wahrnehmungen in Bezug auf soziale Interaktionen verantwortlich sein könnten. Sie stellt insbesondere die Haltungen der Mitarbeiter sowie die Bedingungen dar, die notwendig sind, um einen adäquaten Umgang mit den Erkrankten zu finden.

...im Arbeitsfeld der forensischen Psychiatrie

Der gesetzliche Auftrag der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB beinhaltet die Behandlung von Aggressionen und gewalttätigem Verhalten. Parallel dazu muss durch die Mitarbeiter gewährleistet werden, dass die psychisch kranken Straftäter so gesichert werden, dass sie keine Gefahr für die Allgemeinheit darstellen. Ausgehend von einer kurzen Charakteristik von Maßregelpatienten wie psychische Erkrankungen, Delikte und Verweildauer beschreiben **Marcus Melzer und Katharina Strahler** den Zusammenhang von gewalttätigem Verhalten und Gewaltstraftaten. Im Maßregelvollzug ist die Diagnostik zur Vorhersage zukünftiger Gewalttätigkeit und Gefährlichkeit fester Bestandteil. und basiert auf empirisch gesicherte Kriminalitätsprognosen. Erkenntnisse zur Entwicklung und zum Zusammenwirken relevanter Risikofaktoren des kriminellen Verhaltens bilden die Grundlage für die Behandlung und sollen Rückfälle vermeiden, mindestens aber kontrollierbar machen. Im Einzelnen werden die wichtigsten Prognoseinstrumente für die Vorhersage von gewalttätigem Verhalten sowie wirksame Behandlungsstrategien

und therapeutische Programme beschrieben. Der Blick auf den oft belastenden Arbeitsalltag der Mitarbeiter rundet den Beitrag ab.

Jürgen Fais lässt Patienten und Fachkräfte im Maßregelvollzug über ihre Haltung, Erfahrungen und den Umgang mit Gewalt berichten. Die zum Teil autobiographischen Textpassagen sind aus einem vom Verfasser durchgeführten Leitfadeninterview entnommen.

... im Arbeitsfeld der neurologischen/neurochirurgischen Rehabilitation

Der Beitrag von **Brigitte Stemmer** untersucht, welche Hirnsysteme bei der Entstehung aggressiven Verhaltens beteiligt sind, inwieweit die Verletzung solcher Systeme gewalttätiges Verhalten vorhersagt, und welche anderweitigen Risikofaktoren eine Rolle spielen. Abschließend werden die ethischen und legalen Fragen diskutiert, die im Zusammenhang mit gewalttätigem Verhalten nach einem Schädelhirntrauma auftreten können.

...im Arbeitsfeld der Psychosomatik

In seinem Beitrag befasst sich **Christian Firus** mit den weitreichenden Folgen von Gewalterfahrung für das körperliche und seelische Wohlergehen. Nicht selten vergehen Jahre oder Jahrzehnte, bis sich Symptome zeigen, die zunächst nicht mit den Gewalterfahrungen der Vergangenheit in Verbindung gebracht werden.

Auf der Grundlage epidemiologischer Zahlen und psychosomatischer Forschung wird an zwei Beispielen dargestellt, welche Auswirkungen einerseits Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter, andererseits Erfahrungen über längere Zeiträume hinweg in Kindheit und Jugend haben können.

...aus der Perspektive der Betroffenen

In ihrem autobiographischen Beitrag beschreibt **Claudia Frank** beindruckend ihre eigenen Erfahrungen als Opfer wie auch als Täter und ihre Erlebnisse als Patientin im psychiatrischen Hilfesystem.

Die Mehrheit der Angehörigen mit einem (schwer) erkrankten Mitglied hat Erfahrungen mit verbaler und ggf. auch körperlicher Gewalt gemacht. Diese Vorkommnisse stehen im direkten Zusammenhang mit der Erkrankung des Familienmitgliedes. Die Mehrheit der Familien reagiert ähnlich wie in gewalttätigen Partnerschaften: mit Schweigen, Selbstvorwürfen, Rückzug und Isolierung. Ein offener Umgang mit dem Tabuthema findet selten statt. Deshalb gibt es auch überwiegend keine Hilfen vom professionellen Versorgungssystem. Im letzten Beitrag beschäftigen sich **Christian Zechert** und **Beate Lisofsky** mit Gewalt in Familien mit psychisch Kranken und fordern einen offenen Umgang mit dem Tabuthema.

Den beteiligten Autorinnen und Autoren gilt mein besonderer Dank, ohne deren Beiträge hätte dieses Buch nicht verwirklicht werden können. Die in den einzelnen Beiträgen dargestellten Überlegungen, Methoden und Zielsetzungen bedürfen der weiteren Umsetzung und kritischen Überprüfung in der Praxis. Auch vertreten die einzelnen AutorInnen jeweils eigene Auffassungen und Positionierungen. In diesem Sinne sind die LeserInnen eingeladen, sich ein eigenes Bild von den unterschiedlichen Perspektiven der AutorInnen zu machen.

Jürgen Fais

Literatur

- Spector, P. E., Zhou, Z. E. & Che, X. X. (2014). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 72-84.
- Steinert, T. (2008). *Basiswissen - Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie*. Psychiatrie Verlag.

Begegnung und Umgang mit Gewalt im sozialpsychiatrischen Alltag

Klaus Obert

1 Einführung

Eine wesentliche, geradezu zentrale Leitlinie der Sozialpsychiatrie neben der „Wiederherstellung“ des psychisch kranken Menschen als Subjekt in Verbindung mit der Anerkennung seiner Würde, mit dem Recht auf den eigenen Lebensentwurf, dem Recht auf Krankheit und auf Hilfe besteht in der kontinuierlichen Verringerung von Gewalt und Zwang in der stationären wie in der ambulanten psychiatrischen Versorgung.

Die vollständige Abschaffung und Überwindung von Gewalt und Zwang, wie dies von nicht wenigen Psychiatrie Erfahrenen vehement gefordert wird, greift jedoch zu kurz. Sie setzt herrschaftsfreie, gesellschaftliche Verhältnisse voraus. Jedoch kann es in einer von Gewalt und Zwang nicht freien Gesellschaft auch keine völlig gewaltfreie Psychiatrie geben. Kritische Gesellschaftstheorien weisen auf den unauflösbaren Zusammenhang von übergreifenden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und ihrer Teilbereiche (Adorno 1972, Habermas 1993, Horkheimer 1968, Sennett 2005). Gleichwohl hat sich sozialpsychiatrische Arbeit vorrangig am Engagement und an der Umsetzung für eine gewaltfreiere Psychiatrie zu orientieren.

Was heißt dies nun für sozialpsychiatrische Alltagsarbeit mit regionaler Versorgungsverpflichtung?

Es geht in erster Linie um die Verringerung von sichtbarer Gewalt und des unmittelbaren, physischen Zwangs durch die Reduktion von Zwangsunterbringungen und der Zwangsbehandlung, aber auch um die Sensibilisierung und Aufmerksamkeit für die weniger sichtbaren, subtilen, eher verdeckten Formen von Gewalt im ambulanten Feld bei den Sozialpsychiatrischen Diensten (SpDis), im betreuten Wohnen, in den Tagesstätten etc.

In diesem Beitrag wird erörtert, wie Gewalt und Zwang entstehen, auftreten, wie professionell damit umzugehen ist, verbunden mit dem Ziel, sie kontinuierlich zu verringern, aber auch, was zu tun ist, wenn in Situationen akuter Selbst- und Fremdgefährdung zwangsweise Unterbringungen nicht zu vermeiden sind.

Welche Orientierungshilfen und Handlungsmaxime lassen sich daraus ableiten für die sozialpsychiatrische Alltagsarbeit, wie akute Krisensituationen und nicht selten damit einhergehende Gewalt in ihren vielschichtigen Formen, wenn doch nicht immer vermieden, dann doch zumindest kontinuierlich verringert werden können.

Zunächst beschreibt der Beitrag die notwendigen Haltungen und Herangehensweisen Alltags- und Lebensweltorientierten, sozialpsychiatrischen Handelns, die über alle Felder und Bereiche der täglichen Arbeit hinweg Gültigkeit beanspruchen. Anschließend werden Kategorien sozialpsychiatrischen Handelns beschrieben, die von einer weitgehend demokratischen, partizipatorischen, selbstreflexiven Position geprägt sind bis hin zur Einleitung und Umsetzung einer zwangsweisen Unterbringung. Auf jeder Stufe wird dabei ersichtlich, wie und auf welcher Ebene sich Gewalt, Druck und Zwang äußern, wie aus Sicht der professionell Tätigen damit umgegangen wird (Offenheit, Klarheit, Echtheit). Erläutert wird die Herangehensweise, deren Reflexion und Auseinandersetzung mit dem Betroffenen und seiner Umgebung entlang an Fallbeispielen aus der täglichen sozialpsychiatrischen Arbeit. Diese findet unter der Voraussetzung regionaler Versorgungsverpflichtung statt, d.h., dass niemand aufgrund Art oder Intensität der Erkrankung abgewiesen werden kann.¹

2 Haltungen und Handlungsmaxime alltags- und lebensweltorientierten, sozialpsychiatrischen Handelns

2.1 Entstehung

Die Entstehung der sozialpsychiatrischen Bewegung und ihrer Leitlinien gründet auf vier Voraussetzungen:

Als Erstes ist auf die Entstehung der traditionellen Anstaltspsychiatrie („Psychiatrische Ordnung“, Castel 1979) hinzuweisen, ohne die es keine sozialpsychiatrische Bewegung hätte geben können (Näheres dazu vgl. Obert 2001, S. 91ff.).

Die zweite Voraussetzung ist die Paradigmakrise der Anstaltspsychiatrie. Diese entstand im 19. Jahrhundert, setzte sich durch und geriet aus verschiedenen Gründen nach 1945 in den industrialisierten Ländern in eine grundlegende Krise (Foucault 1977, Castel 1979, Scull 1980, Basaglia 1985).

Als Drittes ist die von verschiedenen gesellschaftlichen Gruppierungen erhobene Forderung zu nennen, den Umgang mit dem Anderssein nicht mehr allein den psychiatrischen Experten zu überlassen. Vielmehr sollte sie konkreter

¹ Nähere Informationen (Fakten, Zahlen, Analysen) zur Arbeit der Sozialpsychiatrischen Hilfen in Stuttgart können beim Autor dieses Beitrags angefordert werden.

Bestandteil des öffentlichen Diskurses werden (Basaglia 2002, Dörner 1973 und 1975, Finzen 1998).

Der vierte Grund liegt in der Weigerung vieler in der Psychiatrie Tätiger in Verbindung mit Angehörigen, Bürgern, engagierten Politikern und Journalisten, Menschen unter dem „Deckmantel“ eines vermeintlich wissenschaftlich abgesicherten Konstruktes von Krankheit und Behinderung weiterhin in menschenunwürdigen Bedingungen fernab vom Gemeinwesen unterzubringen (Bundesministerium für FJG 1975). Der Ausgangspunkt für die Entstehung der sozialpsychiatrischen Bewegung lag deshalb weder in einer Theorie noch in einer vorrangig methodischen Fragestellung. Die in den industrialisierten Nationen nach und nach Platz greifenden sozialpsychiatrischen Ansätze waren vielmehr ethisch, gesellschaftskritisch und kulturell fundiert (Dörner und Plog 1973, Finzen und Hoffmann-Richter 1995).

2.2 Leitlinien gemeinwesenbezogener, sozialpsychiatrischer Arbeit

Die Leitlinien sozialpsychiatrischer Arbeit, ihr Verständnis von Gesundheit und Krankheit mit dem damit verbundenen Menschenbild, ihre Handlungsweise und Methodik sowie ihre politischen Implikationen decken sich de facto mit den Leitlinien und Maximen Alltags- und Lebenswelt orientierter Ansätze (Obert 2001, S. 133 – 138 und 2013). Beide stellen den Menschen im sozialen Feld, in seiner Lebenswelt in den Mittelpunkt des Handelns. Der Respekt vor dem Anderen und dem Anderssein, die Akzeptanz und Förderung des Eigensinnes der Adressaten, die Anerkennung der Würde des Gegenüber in seinem So-Sein und seiner Gewordenheit innerhalb eines sozialen Netzes sind die grundlegenden Voraussetzungen Alltags- und Lebenswelt orientierten, sozialpsychiatrischen Handelns.

Der Mensch wird darin als soziales Wesen gesehen mit der Aufgabe, in der Interaktion mit seinem Umfeld die Kompetenzen zu erwerben, die es ihm ermöglichen, die Aufgaben, die sich aus dem Alltagsleben ergeben, zu bewältigen und neue Herausforderungen und Aufgaben konstruktiv zu integrieren. Erst wenn dieser Ausgleich und die dynamische Balance von Individuum und Umgebung (gelingender und misslingender Alltag) auseinanderdriften und damit Fähigkeiten, Ressourcen und Möglichkeiten nicht (mehr) in adäquatem Maße vorhanden sind, können Spannungen, Irritationen, Missverständnisse und in fließendem Übergang krankheitsrelevante Verhärtungen entstehen (Thiersch 1986, 1995 und 1996).

Der diesem Konzept aus der Alltagstheorie² zugrundeliegende multifaktorielle Ansatz beruht auf dem Zusammenwirken somatisch-genetischer Konstitution, psychischen (sozialisationsbedingten) Entwicklungsmöglichkeiten sowie (prekären) materiellen und sozialen Lebensbedingungen, was letztlich zur

Manifestation einer psychischen Erkrankung führt (führen kann). Dabei kann das Zusammentreffen und Zusammenwirken ungünstiger bio-psycho-sozialer Faktoren in Verbindung mit dieser Verletzlichkeit eine Erkrankung oder einen Erkrankungsrückfall auslösen.

Wesentliches Ziel einer so verstandenen und begründeten Arbeit besteht darin, zu einem gelingenderen Alltag für den Einzelnen und seiner Umgebung beizutragen, indem die gestellten Aufgaben in der Spannung von positiver Routine und der Integration von Neuem bewältigt werden müssen.

2.3 Alltags- und Lebenswelt orientierte, sozialpsychiatrische Handlungsmaxime

In diesem ethisch-politisch begründeten Verständnis orientiert sich sozialpsychiatrisches Handeln an Menschen mit hohem, komplexem Hilfebedarf und weitgehender Ausgrenzung und einer häufig schon langen Psychiatriekarriere. Es findet in der Lebenswelt der Adressaten statt (flexible ambulant aufsuchende Tätigkeit). Sozialpsychiatrisches Handeln ist Ressourcen orientiert, so gering diese im Einzelfall auch immer sein mögen, ohne Defizite auszublenden. Sozialpsychiatrisches Handeln ist ganzheitlich, offen, mischt sich ein, übernimmt Verantwortung, mutet aber auch zu – sowohl dem Einzelnen wie der Umgebung. Es fördert Selbsthilfe und fordert diese heraus, wenn möglich im partnerschaftlichen und dialogischen Aushandeln, strukturiert, ordnet und plant mit Phantasie und Kreativität. Es übernimmt aber auch Verantwortung, wenn Selbst- und Fremdgefährdung vorliegen und „stiehlt sich nicht davon“ unter der an dieser Stelle unzulässigen Berufung auf die Freiheit des Einzelnen (zur Verwahrlosung und Verelendung) und befindet sich damit zweifellos auf dem Feld der Ausübung zumindest von Druck und damit auch subtiler Gewalt.

² Die Alltags- und Lebenswelt orientierte Theorie ist im geisteswissenschaftlichen Paradigma verankert, welches Ende des 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts entstand, u.a. als Reaktion auf das sich nach und nach durchsetzende naturwissenschaftliche Paradigma im Zeitalter der Aufklärung. Das geisteswissenschaftliche Paradigma definiert sich letztlich darüber, den Menschen in seinem Alltag, in Interaktion mit seiner Umgebung zu verstehen, sein Verhalten, sein Handeln, seinen Lebensplan und seine Identität im Kontext zu begreifen und sein Verhältnis zur Gesellschaft als davon untrennbar zu betrachten und zu bestimmen. So nimmt z.B. die Fundierung des Sozialen in der Struktur des Handelns und die Einführung der Kategorie des Verstehens in der Tradition der Hermeneutik Schleiermachers und Diltheys bei Schütz eine große Bedeutung ein (Fischer-Rosenthal in: Flick 1995, S. 80–82, Habermas 1968 und 1995, Bd. 1, S. 225–366, Lamnek 1995, Bd. 1, S. 87, Schütz 1979 und 1993, Kosik 1986, Heller 1981). Phänomenologische Orientierungen und Strömungen waren auch in der psychiatrischen Diskussion zu verzeichnen, wenn diese auch nur eine eher untergeordnete Rolle in der Realität der Anstaltspsychiatrie einnahmen. Der bedeutendste Vertreter der phänomenologischen Orientierung war der Schweizer Psychiater Ludwig Binswanger (1946).

Sozialpsychiatrisches Handeln trägt zur Emanzipation, zur Erweiterung der Persönlichkeit und des damit verbundenen Handlungsrahmens bei (Empowerment: Amering 2007, Knuf 2007) und versucht sozial zu integrieren (Teilhabe und Sozialraumorientierung). Letztlich ist sozialpsychiatrisches Handeln eine ethisch-moralische gesellschaftskritische Arbeit und gleichzeitig Herausforderung (Wiederherstellung von Komplexität) gegen eine Welt von Ausgrenzung, Objektivierung, Gewalt und so genannten Einfachlösungen. Gemeint sind damit z.B. die Medikalisierung einer komplexen Problemlage, oder die Individualisierung/Psychologisierung unzumutbarer materieller-sozialer Bedingungen und die damit verbundene einseitige Anpassung des Menschen an gegebene gesellschaftliche Verhältnisse. Sozialpsychiatrisches Handeln entinstitutionalisiert, damit die Betroffenen ihre eigenen Möglichkeiten und Fähigkeiten entwickeln und erweitern können (Salutogenese: Antonovsky 1997).

Alltags- und lebensweltorientiertes, sozialpsychiatrisches Handeln nimmt Einfluss auf das Alltagsleben ihrer Adressaten auf verschiedenen Ebenen durch eine wohl durchdachte Lebensweltorientierung mit dem Ziel der Veränderung des Gemeinwesens und nicht einer einseitigen Anpassung der Betroffenen an die oft unzumutbaren alltäglichen Lebensbedingungen. Dies geschieht über Einzelfallarbeit, Netzwerkarbeit und Kooperation, Organisationsentwicklung und Steuerung sowie kommunalpolitische Einmischung in gemeinsamer Verantwortung.

Die sozialpsychiatrische Methodik und deren Verständnis folgt einer einfachen Logik: Von der Feststellung des Hilfebedarfs bei und mit dem Betroffenen und des Umfeldes (Nachbarn, Angehörige, Gemeinwesen, Kooperationspartner) zur Planung der Hilfen und ihrer Umsetzung mit dem entsprechenden Handeln und dessen (selbst-) kritischer Reflexion. Die Realisierung der Abfolge gestaltet sich in der praktischen Arbeit ungleich schwieriger und komplexer, da sich diese unter komplexen Voraussetzungen sich verwirklicht, die der Alltag und die Lebenswelt der Betroffenen darstellen.

Allerdings ist sozialpsychiatrisches Handeln unabdingbar eingelassen in die Spannung, in die Dialektik von Hilfe und Kontrolle, von „jemanden-so-einlassen-können“ und „fürsorglicher Belagerung“. Dies bedeutet für die tägliche Arbeit und ihrer Reflexion, sich dieser Dialektik nicht zu entziehen, sondern vielmehr diese Spannung von Hilfe und Kontrolle bewusst aufzunehmen, offen und konstruktiv gemeinsam mit den Betroffenen und ihrem Umfeld zu gestalten, immer verbunden mit der Leitlinie, Gewalt zu reduzieren und Autonomie und Eigenverantwortung zu fördern.

3 Das Arbeitsspektrum von weitgehender Autonomie bis zur zeitlich begrenzten Fremdbestimmung

Sozialpsychiatrisch handelnde Mitarbeiter/-innen sehen sich in ihrem gesamten Arbeitsspektrum verschiedenen Konstellationen gegenüber, die sie im Kontakt und in der Beziehung mit den Betroffenen und ihrem Umfeld bearbeiten und gestalten müssen. Diese unterschiedlichen Konstellationen gilt es zu erfassen, zu verifizieren, zu reflektieren und in der Arbeit mit den Betroffenen entsprechend zu berücksichtigen.

Die Arbeit orientiert sich an der Leitlinie, immer so viel Autonomie, Verantwortung, Partizipation und demokratisches Aushandeln wie möglich, zu fördern und zu fordern. Wenn das professionelle Handeln immer auch der Utopie des idealen Diskurses, der normativen Kraft des besseren Argumentes folgt (Habermas 1995), so ist doch gleichzeitig die Beziehung zwischen Professionellen und Klient/-innen immer auch mit Elementen von Macht bestimmt und folgt nicht mehr den Prinzipien des dialogischen, kommunikativen Handelns, sondern dem einseitig auf Durchsetzung eigener Interessen und Zielen untergeordneter Prinzipien instrumentellen Handelns. Es kommt darauf an, diese in der Beziehung zu erkennen, zu thematisieren mit dem Ziel, sie kontinuierlich zu verringern mittels einer Haltung und Verhaltensweisen, die dazu beitragen, dass eskalierende, Gewalt fördernde Situationen erst gar nicht entstehen. Dies bedeutet letztlich, Zwang und Gewalt vorzubeugen oder in angespannten Situationen zu deeskalieren, zu entspannen, zu beruhigen, um direkte, physische Gewalt und Zwang zu vermeiden. Mitarbeiter/-innen werden auch mit akuten, gewalttätigen Situationen konfrontiert, in denen die Hinzuziehung der Polizei im Einzelfall unerlässlich ist und gegebenenfalls eine zwangsweise Unterbringung notwendig wird.

Im Folgenden werden unterschiedliche Fallkonstellationen mit unterschiedlichen Handlungsanforderungen in vier Kategorien gefasst. In allen vier Kategorien gelten übergreifend die oben geschilderten Haltungen und Handlungsmaxime. Diese Kategorien gestalten sich in der praktischen Arbeit nicht statisch, sondern gehen fließend ineinander über.

3.1 Beratung und Begleitung „auf Augenhöhe“ – Dialogisches Handeln

In der ersten Kategorie geht es um die Arbeit mit psychisch kranken Menschen, die eher nicht zur Mehrheit der Klient/-innen gehören, für welche die Einrichtungen und Dienste des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) zuständig und verantwortlich sind. Es sind Menschen, die über eine reflektierte, innere und äußere Austauschfähigkeit verfügen. Diesen Menschen gelingt es in der

Beratung und Begleitung, aktuelle Lebenslage, Biografie und psychische Erkrankung als sich gegenseitig bedingend und beeinflussend wahrzunehmen und in eine weitgehend gelingende Bewältigung des Alltags zu integrieren. In der Arbeit stehen deswegen die weitere Stabilisierung, autonome Lebensführung und Lebenszufriedenheit im Vordergrund in Verbindung mit der Aufgabe, wie diese drei Dimensionen durch die Beziehung positiv gestaltet und die Begleitung und Betreuung möglicherweise in beidseitigem Einvernehmen auch beendet werden kann.

Das Risiko subtiler Machtausübung und auch von subtilem Druck besteht in dieser Kategorie zweifelsohne und sollte kontinuierlich im Team und mit den Betroffenen thematisiert und reflektiert werden.

Fr. K³ ist 55 Jahre alt und hat seit 5 Jahren regelmäßigen Kontakt zum Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi). Der Kontakt kam nach einem Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik zustande, wo Fr. K. nach einem Suizidversuch und wegen mittelschwerer Depressionen in Behandlung war. Diesem Aufenthalt waren zwei weitere vorausgegangen, ebenfalls wegen Suizidalität und Depressionen.

Ihren Arbeitsplatz in einem Supermarkt, an dem sie sich permanent überfordert fühlte, musste sie aufgeben und lebt seitdem von ALG II.

Sie lebt alleine und schilderte zu Beginn des Kontaktes zum SpDi, dass sie große Mühe habe, ihren Alltag zu gestalten, außerdem fühle sie sich wertlos. Es gelang uns, Fr. K. an die Tagesstätte anzubinden, sie interessierte sich für mehrere Angebote dort und als wir sie fragten, ob sie sich vorstellen könne, bei uns gegen Bezahlung beim Kochen mitzuhelfen, sagte sie zu. Zu Beginn war Fr. K. sehr verunsichert, gemeinsam mit einer Mitarbeiterin oder Praktikantin für 20-30 Personen zu kochen und brauchte sehr viel Ansprache und Ermutigung.

Mittlerweile ist es so, dass Fr. K. die neuen Praktikantinnen beim Kochen anleitet und souverän und selbständig entscheidet, was gekocht und eingekauft wird. Sie wurde außerdem letztes Jahr zur Sprecherin der Tagesstätte gewählt.

Für Fr. K. ist die Arbeit in der Tagesstätte und der gute Kontakt zu den anderen BesucherInnen und den MitarbeiterInnen außerordentlich wichtig. Seit sie in der Tagesstätte angebunden ist, musste sie nicht mehr stationär behandelt werden, sie ist auch im Winter, der Jahreszeit, die sie am meisten fürchtet, psychisch stabil.

Sie sagt von sich, dass sie nicht mehr auf dem ersten Arbeitsplatz arbeiten kann und lebt immer wieder in Ängsten, wir würden ihr „kündigen“, weil sie nicht mehr gut genug arbeite. Dies thematisiert sie bei fast jedem Gespräch. Konstruktive kritische Rückmeldungen an sie brauchen viel Zeit und müssen genau mit ihr besprochen werden, da bei ihr sofort Ängste auftauchen, nicht zu

³ Die Fallbeispiele wurden ausführlich mit den Mitarbeiter/-innen des Sozialpsychiatrischen Dienstes Stuttgart Süd/Mitte/Nord diskutiert mit weiteren wertvollen und wichtigen Anregungen für den gesamten Beitrag.

genügen. Fr. K. wäre sehr leicht zu manipulieren, da sie alles tun würde, es „recht“ zu machen.

Aus diesem positiv verlaufenden Fallbeispiel geht aber auch hervor, dass seitens der Mitarbeiter/-innen ein hohes Maß an selbstkritischer Reflexionsfähigkeit erforderlich ist, sich nicht durch die eher ängstliche und regressive Haltung von Frau K. zu Manipulationen verführen zu lassen, sondern mit ihr immer wieder diese Situation offen zu gestalten und mit ihr darüber zu kommunizieren mit dem Ziel, dass sie ihre Position selbstbewusster und angstfreier wahrnehmen und auch behaupten kann.

3.2 Eingeschränkte Auseinandersetzung mit den Symptomen der psychischen Erkrankung

Das Handeln in dieser Kategorie bedeutet, mit Menschen zu arbeiten, denen es zeitweise oder auch über einen längeren Zeitraum hinweg immer wieder schwer fällt, sich so mit ihrer Lebenslage und den damit verbundenen Symptomen der psychischen Erkrankung auseinanderzusetzen, dass von einem gelingenden Alltag im Sinne weitgehend autonomen Handelns nicht mehr gesprochen werden kann. Vielmehr besteht die Einschränkung in Zeiten geringerer innerer und äußerer Austauschfähigkeit oft in Verbindung mit akuterer Symptomen der Erkrankung, die häufig mit negativen Folgen für den Alltag einhergehen: Zunehmende Isolierung und vermehrter Rückzug oder drohende Wohnungskündigung, Verlust des Arbeitsplatzes, Schulden etc. Jedoch besteht auch hier in der Regel noch ein kontinuierlicher Kontakt, bzw. eine auf Vertrauen beruhende Beziehung zu den ambulanten Sozialpsychiatrischen Hilfen.

Im Hinblick auf die Ausübung von Druck und (sogar) Macht findet das sozialpsychiatrische Handeln auf zwei Ebenen statt:

Die erste besteht darin, während „guter Phasen“ gemeinsam Früherkennung zu betreiben und festzustellen, an welchen Anzeichen sich eine beginnende Krise abzeichnet und welche Schritte dagegen unternommen werden können, um eine Eskalation zu vermeiden. Auch hier ist wieder auf die Möglichkeit und das Risiko subtiler Machtausübung wie oben schon beschrieben, hinzuweisen. Wenn dies nicht möglich ist, bzw. der Betroffene sich in einer beginnenden, akuter werdenden Krisensituation befindet, findet das professionelle Handeln auf einer sichtbaren Ebene von Machtausübung, sanftem und massiverem Druck statt, auch hier wieder mit dem Ziel, eine weitere Eskalation und damit drohende direkte und für den Betroffenen weitaus einschneidendere Zwangsmaßnahmen zu vermeiden. Klare, eindeutige Ansagen werden getroffen, die „Wenn dann“-Sätze beinhalten, z.B.: „Wenn es Ihnen nicht gelingt, sich an die Absprache hinsichtlich der freiwilligen Geldverwaltung zu halten, komme ich nicht umhin, einen Antrag auf eine gesetzliche Betreuung stellen zu müssen, weil ansonsten wiederum das Risiko entsteht, dass sie weiter verarmen und sich in

größerem Maße verschulden“; oder der Verweis auf zurück liegende Situationen, in denen z.B. immer wieder die Wohnungslosigkeit drohte aufgrund der Zuspitzung der Krisensituationen und ihrer Folgen. Dieses Vorgehen ist häufig zurück liegenden Erfahrungen geschuldet und der Tatsache, dass der Betroffene sich eher extrinsisch und weniger intrinsisch an Vereinbarungen hält, die mehr einseitig vorgegeben als gemeinsam getroffen werden.

Frau C. ist 46 Jahre alt, Hausfrau und lebt zusammen mit ihrem Mann in einer Mietwohnung. Sie erkrankte vor ca. 15 Jahren an einer schizophrenen Psychose, war des öfteren in stationärer Behandlung. Seit über 6 Jahren befindet sich Frau C. in Betreuung des SpDi. Während der Zeit der Betreuung und Begleitung durch den SpDi lernte sie Schritt für Schritt, wie sie mit der psychischen Erkrankung besser umgehen kann, um stationäre Behandlungen zu vermeiden und ihren Alltag gelingender zu bewältigen. Dieser Prozeß gestaltet sich jedoch unsicher und schwankend. Immer wieder gerät sie in latente Krisensituationen, die eine intensive Begleitung erfordern mit klaren und eindeutigen Absprachen, um die Krisen im ambulanten Rahmen bewältigen zu können.

Drei grundlegende Konflikte, die zumindest bis dato nicht zu lösen sind, bedingen aus unserer Sicht den (noch) unsicheren und brüchigen Umgang mit der psychischen Erkrankung:

- Die Beziehung zu ihren Eltern: Bei Frau C. besteht eine von ihr immer wieder beklagte Abhängigkeit von ihren Eltern.
- Die Beziehung zu ihrem Mann: Er will nichts mit ihrer psychischen Erkrankung zu tun haben und schottet sich ohne plausible Gründe gegen Gespräche ab. Frau C. meint, dass er selbst sehr sensibel sei und Ängste hätte, sich damit auseinanderzusetzen.
- Die Beziehung zum inzwischen 18-jährigen Sohn: Sie leidet unter großen Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen. Aus ihrer Sicht konnte sie auf Grund ihrer psychischen Erkrankung und den langen stationären Aufenthalten gerade während der Kindheit ihres Sohnes nicht die Mutter sein, die sie gerne gewesen wäre.

Diese hatten in der Vergangenheit zweifellos immer wieder ihren Anteil an der Entstehung akuter Krisensituationen, an deren Ende die Einweisung in die psychiatrische Klinik stand. In den zurückliegenden vier Jahren konnte jedoch ein Prozeß in Gang gesetzt werden, der es ihr ermöglicht, die psychische Erkrankung weitgehend als Teil ihrer selbst zu sehen und zu akzeptieren. Dazu gehört, die ersten Symptome frühzeitig zu erkennen (Schlaflosigkeit, vermehrte innere Unruhe in Verbindung mit Beziehungsideen und beginnenden akustischen Halluzinationen) und - im Unterschied zu früher - sich umgehend mit dem SpDi und/oder ihrer Ärztin in Verbindung zu setzen. In dieser Phase muss sie den inneren Druck, ihre Gefühle und Gedanken mitteilen in Verbindung mit Überlegungen, was sie dagegen tun kann. Eine leichte und zeitlich befristete Erhöhung der Medikamente führen wieder zu mehr Schlaf und innerer Ruhe. Mit

der Intensivierung der Betreuung wird die Eskalation der Krise verhindert. Dies bedeutet zwei- bis dreimalige Kontakte pro Woche im SpDi oder zuhause, wenn sie wegen der Ängste vor vielen Menschen das Haus nicht verlassen kann, sowie tägliche Telefonkontakte. Nach drei bis vier Wochen geht es Frau C. wieder so weit gut, dass sie ihren üblichen Alltagsangelegenheiten nachgehen kann.

Wie ist es nun gelungen, dass sich Frau C. im Unterschied zu früher in einer beginnenden Krisensituation bewusster und konstruktiver im Sinne der Problembewältigung verhalten kann? Nach einer geraumen Zeit des Kontaktes mit dem SpDi sagte sie vereinbarte Termine mit der Begründung ab, dass es ihr gut ginge oder etwas anderes vorhätte. Vorsichtig bestand ich mit sanftem Druck auf dem Termin aufgrund der Vermutung, dass es ihr schlechter ging. Über das Angebot zu ihr nach Hause zu kommen, konnte ich feststellen, dass es ihr in der Tat schlechter ging und sie Hilfe benötigte. Sie erlebte, wie durch die oben beschriebene Intervention zum ersten Mal zu Beginn einer Krise eine stationäre Behandlung vermieden und ambulant aufgefangen werden konnte. Dies bewirkte in ihr eine langsame Veränderung ihrer Haltung und ihres Verhaltens. Sie erklärte sich mit intensiveren Kontakten, Gesprächen und unmittelbarem Handeln einverstanden, sah deren Notwendigkeit ein und hielt sich an die getroffenen Absprachen. Sie akzeptierte Hausbesuche in Verbindung mit entlastenden und Angst lösenden Gesprächen und Beratungen: Schuldgefühle ihrem Sohn gegenüber, Ärger und Wut gegenüber ihrem Mann und ihren Eltern, moralische Bedenken und Selbstvorwürfe wegen ihrer sexuellen Bedürfnisse in Verbindung mit imperativen Stimmen. Gleichzeitig stimmte sie einer intensiveren Kooperation mit ihrer Nervenärztin zu, ebenso häufigeren Kontakten mit dem SpDi und einer zeitlich befristeten Erhöhung der Medikamente. Die Erfahrung, dass mit diesem Vorgehen die Krise nicht eskalierte, der Leidensdruck geringer wurde und vor allem die Situation ohne stationäre Behandlung bewältigt werden konnte, bestärkte sie für die Zukunft, sich unmittelbar an uns zu wenden. In den zurückliegenden vier Jahren konnten vier beginnende, akuter werdende Krisensituationen auf diese Weise bearbeitet werden.

Sobald die Krisensituation überwunden ist, reduziert Frau C. von sich aus wieder die Kontakte und möchte danach nur ungern über die zurückliegende Phase sprechen, obwohl eine vorsichtig durchgeführte Verarbeitung sicher wirkungsvoll wäre. Gleichwohl gelingt mit zunehmendem Vertrauen sukzessive eine intensivere Bearbeitung ihrer Gefühle und Ängste, die sie mit sich herumträgt und bislang noch niemandem mitgeteilt hat. In gesundheitlich guten Phasen findet ca. einmal im Monat ein Gesprächskontakt statt. Er dient dazu, die Befindlichkeit von Frau C. und aktuelle Alltagsangelegenheiten zu besprechen, aber auch, um den Kontakt aufrechtzuerhalten und zu stabilisieren. Die Absage von Terminen wird differenziert und ohne Umschweife mit ihr geklärt. Sie traut sich selbst noch nicht ganz und ist deshalb damit einverstanden, dass regelmäßige Kontakte stattfinden und ich auch meinerseits nachfrage, wenn der Eindruck entsteht, dass ihr Zustand sich wieder verschlechtert. Eine Betreu-