



Insights

Blickwinkel psychiatrischer Pflege

4. Februar 2016
Bielefeld / Bethel

Abstractband

3. Bielefelder Fachtagung

Studiengang Psychische Gesundheit /
Psychiatrische Pflege BA PP13.2



Vorwort.....	3
1. Implementierung systemischer Ansätze in der Psychosebehandlung am Beispiel des „Open Dialog“	4
2. Beratung in der Gerontopsychiatrie	8
3. Optimierung der Gefährlichkeitsprognose in der forensischen Psychiatrie durch einen transdisziplinären Ansatz	13
4. Langeweile und Psychose – wie viel schadet, wie viel nützt.....	18
5. Beziehungsgestaltung und mögliche Methoden im forensischen Setting	25
6. Emotionale Regulation und Beziehungsgestaltung bei psychoseerkrankten Menschen	30
7. Pflegerische Interventionen zur Integration eines gehörlosen Patienten auf einer Station des Maßregelvollzuges	33
8. Die Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen im hohen Lebensalter	38
9. Hoffnung(slos) in der Forensik	41
10. Erhöhtes Schizophrenierisiko – Früherkennung auf dem Prüfstand.....	44
11. Gerontopsychiatrische Notfälle	49
Impressum	56

Vorwort

Bereits zum dritten Mal gestalten Studierende des Studiengangs Psychische Gesundheit/ Psychiatrische Pflege eine Fachtagung an der Fachhochschule der Diakonie in Bethel. Es ist allgemein Usus ab der dritten Wiederholung von einer Tradition zu sprechen. So haben wir uns entschieden, den Namen, den die Pioniere der ersten Veranstaltung gegeben haben, erneut zu verwenden. Wir sind davon überzeugt, dass die Fachtagung unter diesem Namen auch künftig einen festen Platz im Veranstaltungskalender derer haben wird, die in der Versorgung psychisch kranker Menschen tätig sind.

„Insights“ – dieser Begriff bedeutet Einsichten, Einblicke, aber auch Erkenntnisse. Im Rahmen unserer beruflichen Tätigkeit, im Besonderen aber des Studiums, gewinnen wir ständig neue Erkenntnisse. Am heutigen Tag wollen wir Ihnen darin einen Einblick ermöglichen. In insgesamt elf Vorträgen aus den Themenbereichen Forensische Psychiatrie, Gerontopsychiatrie und Behandlung und Begleitung von Menschen, die an einer Psychose erkrankt sind, stellen die Studierenden des Jahrgangs 13.2 evidenzbasiertes Wissen vor.

Die Vortragenden haben Themen gewählt, die über die theoretische Beschäftigung hinaus Anregungen für die praktische Arbeit bieten und stellen schon mal vor, wie akademisch gebildete Fachkräfte in der psychiatrischen Versorgung aktuelle Entwicklungen entdecken, aufarbeiten und in ihre Arbeitsbereiche tragen werden. Diese Verbindung zwischen Theorie und Praxis ist es, die den besonderen Reiz und Wert des Studiums ausmacht. Wir freuen uns über die Gelegenheit, Sie heute daran teilhaben zu lassen und wünschen Ihnen einen spannenden Tag mit neuen Einsichten.

Ihr PP 13.2

1. Implementierung systemischer Ansätze in der Psychosebehandlung am Beispiel des „Open Dialog“

Jutta Benz, Tanja Beynon, Susanna Flansburg

Hintergrund

In der Behandlung und Forschung von psychischen Erkrankungen, insbesondere der Psychosen, liegt der Fokus weiter auf den biologischen und psychischen Veränderungen. Die psychosozialen Aspekte und deren Einflussfaktoren werden im Behandlungsverlauf nur gering oder unzureichend in den Prozess integriert. Wenig Beachtung findet hierbei die Korrelation zwischen der Lebenswelt und der Kommunikationsstruktur des Betroffenen und seinem direkten sozialen Bezugssystem. In der systemischen Therapie werden diese Faktoren berücksichtigt und sind ein wichtiger Bestandteil im Therapieverlauf. Hier wird versucht zirkuläre Prozesse die das Problem verstärken zu identifizieren und das Spektrum von neuen Denk- und Verhaltensweisen anzuregen. Die systemische Therapie der Psychosen zeigt sich flexibel in der Wahl des Setting und der zeitlichen Struktur. Im Vordergrund sollte jedoch idealerweise die Familientherapie stehen.

Um das komplexe Erscheinungsbild der Psychosen besser zu verstehen, veröffentlichten 1951 der Psychiater Jürgen Ruesch und der Ethnologe Gregory Bateson ihr gemeinsames Projekt „The social matrix of Psychiatry“. Darin wurde erstmals der Zusammenhang zwischen den Beziehungen im sozialen Umfeld des Betroffenen und dessen Kommunikationsstrukturen betrachtet. In den folgenden Jahrzehnten entwickelte die Systemtherapie eine neue Sichtweise auf das Erkrankungsprofil der Psychosen. Parallel dazu entwickelte 1968 Yrjö Alanen in Finnland an der Universitätsklinik von Turku eine Periode von intensiver milieutherapeutischer Behandlung. Innerhalb dieser Zeit wurde er so zur Integrations- und Identifikationsfigur einer neuen Ausrichtung im gesamten skandinavischen Raum. Im

Zentrum der Behandlung standen von Beginn an erkrankte psychotische Patienten mit dem Ziel, eine Chronifizierung der Erkrankung durch intensive psychosoziale Interventionen zu vermeiden.

Der Versuch mit Milieuthherapie, individueller Psychotherapie und später familientherapeutischen Kurzinterventionen zeigte jedoch bei schwer erkrankten Klienten nicht die erwünschten Ergebnisse. Somit entwickelte sich die Behandlung weiter hin zu einer flexibleren, differenzierten, systematischen und individualtherapeutischen Form, die bald als „Need adapted Treatment“ auch internationale Beachtung fand. Innerhalb dieser Entwicklung konzeptionierte sich die initiale Therapieversammlung, welches ein problemorientiertes Familiengespräch auch bei psychotischen Patienten zu Anfang jeder Behandlung stellte. Diese Gespräche dienten der Informationssammlung, Diagnostik und Therapie.

Dem Werk von Alanen folgend, startete 1984 ein Versuch im Keropudas Hospital in Torino / Finnland eine neue Antwort auf eine akute psychotische Krise zu finden. Man führte Netzwerktreffen ein, in der nicht nur die Person in der Krise, sondern auch alle an der Behandlung beteiligten professionellen Helfer teilnahmen. Diese neue Form setzte sich 10 Jahre lang kreativ fort und wurde 1995 von Jaako Seikkula et al. als „Open Dialogue“ beschrieben.

Fragestellung

Unter welchen Rahmenbedingungen ist es möglich die Methode des „Open Dialog“ in ein klinisches oder ambulantes Setting zu implementieren. Dabei sollten neben den 2013 veröffentlichten S3- Leitlinien „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ auch die ökonomischen, strukturellen und monetären Aspekte berücksichtigt werden. Durch die psychotherapeutische Konzipierung benötigt es zudem einer intensiven psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung aller beteiligten professionellen Helfer.

Als weitere wichtige Faktoren gelten die konzeptionellen Bedingungen und das Krankheitsverständnis des Klienten und der jeweiligen Beteiligten im sozialen Umfeld.

Ergebnisse

In den zuvor erwähnten S3- Leitlinien finden sich 3 Empfehlungen mit dem Empfehlungsgrad A (d.h. sie sind eine Soll-Empfehlung) und der Evidenzstufe 1a (d.h. es existiert die Evidenz aus mindestens einer Metaanalyse oder einer großen RCT-Studie mit eindeutigem Ergebnis), die gemeindepsychiatrische Versorgungsansätze bestehend aus einem multiprofessionellen Team empfehlen.

Fazit

Aufsuchende teambasierte Behandlungsformen wie Home Treatment, Community Mental Health Teams oder Assertive Community Treatment stehen in Deutschland weiterhin lediglich vereinzelt zur Verfügung. Diese wären allerdings die Grundlage für den „Open Dialog“. Eine Internetrecherche ergab, dass in Deutschland aktuell ca. 18 Dienste mit dem Angebot des „Offenen Dialoges“ existieren. Davon alleine 5 im Bundesland Schleswig-Holstein und 5 im Stadtstaat Hamburg. In NRW konnten mit dem Psychosozialen Trägerverein Solingen e.V. und der Psychiatrischen Tagesklinik Bünde des Klinikums Herford immerhin 2 Angebote registriert werden. In der Hälfte der deutschen Bundesländer konnten keine Angebote gefunden werden.

Literatur

GpG NRW - Gesellschaft für psychische Gesundheit in Nordrhein-Westfalen gemeinnützige GmbH (Hg.). Der offene Dialog-

Rahmenbedingungen. Online verfügbar unter www.offener-dialog.de, zuletzt geprüft am 08.01.2016.

Retzer, Arnold (2004). Systemische Familientherapie der Psychosen. Göttingen [u. a.]: Hogrefe (Praxis der Paar- und Familientherapie, 2).

Ruf, Gerhard Dieter (2014). Schizophrenien und schizoaffektive Störungen. 1. Aufl. Heidelberg, Neckar: Carl Auer Verlag (Störungen systemisch behandeln, 2).

Seikkula, Jaakko; Alakare, Birgitta (2015). Bedürfnisorientierter Ansatz und Offener Dialog. In: *PiD - Psychotherapie im Dialog* 16 (03), S. 28–33. DOI: 10.1055/s-0041-102233.

Seikkula, Jaakko; Arnkil, Tom Erik (2007). Dialoge im Netzwerk. Neue Beratungskonzepte für die psychosoziale Praxis. Neumünster: Paranus-Verl. (Paranus goes Wissenschaft).

Autoren

Benz, Jutta; Erzieherin, LWL-Universitätsklinik Hamm der Ruhr-Universität Bochum, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, jutta.benz@wkp-lwl.org

Beynon, Tanja; Krankenschwester, Park-Klinik Bad Hermannsborn, beynonta@ugos.ugos.de

Flansburg, Susanna; Arzthelferin, Klinikum am Weissenhof, Weinsberg, susanna.flansburg@web.de

2. Beratung in der Gerontopsychiatrie

Andrea Fuchs, Anita Meletzki

Hintergrund

Mit steigender Lebenserwartung nehmen auch die psychischen Erkrankungen im Alter zu. Eine der häufigsten Ursachen ist die Demenzerkrankung mit ihrer Unterform, der Alzheimer-Erkrankung. Zu den gerontopsychiatrischen Erkrankungen zählen: Demenz, Depressionen, Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Wahnerkrankungen (Hüper & Hellige, 2007). Nach Schätzungen auf Basis verschiedener Studien sind ca. $\frac{1}{4}$ der über 65 bzw. 70 Jährigen von einer psychischen Erkrankung betroffen. 2010 waren 1259 Frauen und 1070 Männer pro 100 000 Einwohner auf Grund von psychischen Erkrankungen in stationärer Behandlung. Während bei Männer am häufigsten eine psychische Störung durch psychotrope Substanzen (hierunter fällt auch Alkohol) diagnostiziert wurde, war bei Frauen eine Depression die häufigste Diagnose. Im Alter kommt es zu komplexen Veränderungen, die als psychosoziale Belastung wahrgenommen werden können und die Anpassungs- und Stabilisierungsprozesse der Psyche beeinträchtigen. Diese Belastungen begünstigen somit die Entstehung einer Depression (Heusinger, Kammerer und Wolter, 2013). Die Beratung dieser Patienten wird eine zentrale Aufgabe werden und zunehmen, vor allem auch bei Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen (Hüper & Hellige, 2007).

Fragestellung

Der Vortrag beschäftigt sich somit mit der Frage, welche Aspekte und Faktoren in der Beratung gerontopsychiatrischer Klienten zu

beachten sind. Dazu wird zunächst erläutert, wie die Personengruppe der „Älteren“ in unserer Gesellschaft definiert und differenziert wird und mit welchen besonderen psychosozialen Belastungen sich diese auseinandersetzen müssen.

Ergebnisse / Diskussion

Durch die gestiegene Lebenserwartung umfasst die Gruppe der älteren Menschen mittlerweile fast drei Generationen, die allesamt unterschiedliche biografische und kulturelle Prägungen haben (Andres, 2009). Man findet eine Unterscheidung in „alte“ und „hochaltrige“ Menschen. Hochaltrigkeit wird unterschiedlich definiert. Jedoch haben alle Definitionen gemeinsam, dass „im Übergang vom höheren zum hohen Lebensalter [...] das Risiko von vielfältigen organischen, psychischen oder sozialen Funktionseinbußen zunimmt“ (Amrhein, 2013). Das Klassifikationsprinzip des Alters ist gesellschaftliche konzipiert und führt zu einer willkürlichen Abgrenzung zwischen Jüngeren und Älteren. Es herrscht eine Diskrepanz zwischen dem politisch geförderten Bild des aktiven Alterns und den medial dargestellten Diskursen, die die zunehmende Belastung der Gesellschaft prophezeien, die durch die demographisch bedingte Zunahme pflegebedürftiger (dementer) hochaltriger Menschen bedingt ist. Auf Grund der Heterogenität dieser Altersgruppe gibt es eine Vielzahl an unterschiedlichen psychosozialen Belastungen, die nicht pauschalisierend auf das gesamte Alter projiziert werden dürfen.

Als Anlass für eine Beratung sind meist Schwierigkeiten bei der Orientierung, Planung, Entscheidung und dem Handeln zu nennen. Diese Schwierigkeiten können sich von kleinen Alltagsproblemen bis zu kritischen Lebensereignissen erstrecken. Letztendlich soll Beratung die Kompetenz- und Ressourcenentwicklung fördern und fokussiert somit die persönliche Weiterentwicklung (Förster, 2010). In Deutschland und in Österreich betrachten die Gesetzgeber Beratung als eine

wichtige pflegerische Aufgabe und haben sie deswegen in dem jeweiligen Krankenpflegegesetz verankert (Wolff & Needham, 2011). Die Praxis zeigt oft, dass die Arbeit mit älteren Menschen in der Regel den Einbezug des sozialen Netzwerks fordert. Probleme entwickeln sich meist im persönlichen Umfeld, deswegen arbeiten Systemiker nicht mit einzelnen Personen, sondern laden Familienangehörige, Freunde oder andere wichtige Bezugspersonen mit ein (Fryszler & Schwing, 2013). Bei der Beratung in der Gerontopsychiatrie gilt es nicht nur die einzelnen Prozessschritte zu beachten. Unter anderem sind Besonderheiten im Beziehungsaufbau, im zeitlichen Rahmen, im Lernverhalten, aber auch der biografische Kontext zu berücksichtigen (Peters, 2006).

Fazit

Die Gruppe der Älteren weist eine große Heterogenität auf. Werden die komplexen Veränderungen, die mit dem Alter einhergehen, als Belastungen wahrgenommen, kann dies die psychische Gesundheit beeinträchtigen und die Entstehung einer psychischen Erkrankung begünstigen. Diese psychosozialen Belastungen sind dabei genauso heterogen wie die Altersgruppe selbst. Häufig entstehen die psychosozialen Belastungen im sozialen Umfeld. Die Beratung gerontopsychiatrischer Patienten sollte nicht losgelöst von ihrer Umgebung gestaltet werden, vielmehr sollte diese nach Möglichkeit in den Prozess integriert werden. Die intensive Auseinandersetzung mit der Biographie stellt somit einen besonders relevanten Schritt dar, um bereits vorhandene Ressourcen zu eruieren und zu (re-) aktivieren.

Literatur

- Anders, J. (2009). Der alternde Mensch. In Renteln-Kruse, W. von (Hrsg.), *Medizin des Alterns und des alten Menschen* (S. 3 – 11). Heidelberg: Steinkopff.
- Amrhein, L. (2013). Die soziale Konstruktion von „Hochaltrigkeit“ in einer jungen Altersgesellschaft. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46 (1), S. 10–15.
- Förster, M. (2010). *Bedeutsamkeit von Beratung für Individuum und Gesellschaft in Gegenwart und Zukunft*. München: GRIN Verlag GmbH.
- Heusinger, J.; Kammerer, K.; Wolter, B. (Hrsg.) (2013). *Alte Menschen. Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 65 und 80 Jahren. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 44)*. Köln: BZgA.
- Hüper, C.; Hellige, B. (Hrsg.) (2007). *Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke. Rahmenbedingungen - Grundlagen - Konzepte - Methoden*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Fryszler, A.; Schwing, R. (Hrsg.) (2013). *Systemische Beratung und Familientherapie - kurz, bündig, alltagstauglich*. 1. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Peters, M. (2006). *Psychosoziale Beratung und Psychotherapie im Alter*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wolff, S.; Needham, I. (2011). *Beratung und Gesprächstechniken*. In Sauter, D., Abderhalden, C.; Needham, I. & Wolff, S. (Hrsg.): *Lehrbuch psychiatrische Pflege*. 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Bern: Huber, S. 416–426.

Autorinnen und Autoren

Fuchs, Andrea; Gesundheits- und Krankenpflegerin, Asklepios Fachklinikum Göttingen, fuchs_andrea@gmx.de

Meletzki, Anita; Altenpflegerin, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, beaglemons@yahoo.de

3. Optimierung der Gefährlichkeitsprognose in der forensischen Psychiatrie durch einen transdisziplinären Ansatz

Andre Aulbur, Stephanie Goldhagen, Armin Mantke

Hintergrund

Die Forensische Psychiatrie wird von Hax-Schoppenhorst und Schmidt-Quernheim (2008) als „die Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Strafvollzug“ gesehen, denn „neben der psychiatrischen Behandlung hat sie zugleich die Aufgabe der Sicherung von Menschen, die auf Grund einer psychischen Erkrankung Straftaten begangen haben und bei denen Erkrankungen und daraus resultierende Gefährlichkeit fortbestehen“. Die forensische Psychiatrie leistet somit die fachgerechte Behandlung und sichere Unterbringung von Menschen, die straffällig geworden sind und aufgrund einer psychischen Erkrankung oder einer Suchterkrankung das Unrecht der von ihnen begangenen Straftat nicht einsehen können (Landschaftsverband Westfalen-Lippe). Die Behandlung im Maßregelvollzug findet auf der rechtlichen Grundlage der Maßregelvollzugsgesetze der Länder statt und wird in speziellen forensischen Kliniken bzw. Maßregelvollzugseinrichtungen durchgeführt (Sauter, 2011). Zur Feststellung der Grundvoraussetzungen ziehen die Gerichte entsprechend ausgebildete Sachverständige hinzu, die eine Begutachtung hinsichtlich der Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) / der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) durchführen. Das Erkrankungsspektrum von im Maßregelvollzug Untergebrachten umfasst die gesamte Palette psychiatrischer Erkrankungen und Störungen, ebenso erfüllt das Deliktsspektrum die gesamte nur denkbare Bandbreite an Straftaten.

Eine gute „Behandlung im Maßregelvollzug bedeutet, so kurz wie möglich effektiv zu behandeln und dabei eine deutliche Reduktion

der Gefährlichkeit zu erzielen, denn das ist der eigentliche Auftrag des Maßregelvollzugs“ (Muysers, 2012). Aus Sicht der Professionellen im Maßregelvollzug kann eine Entlassung nur erfolgen, „wenn zu erwarten ist, dass der Täter außerhalb der Unterbringung keine weiteren Straftaten mehr begehen wird“ (Muysers, 2012). Aktuelles Ziel im multidisziplinären Team ist es, durch die subjektiven Eindrücke der verschiedenen, am Behandlungsprozess beteiligten Professionen, ein umfassendes Bild vom Patienten zu bekommen. Dabei obliegt es jeder involvierten Berufsgruppe, sich valider Instrumente zu bedienen, um den subjektiven Eindruck objektiv zu visualisieren und evident darzustellen. Eine zielorientierte, strukturierte Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen ist somit unabdingbar zur Bearbeitung des fixierten Arbeitsauftrages.

Fragestellung

Die Autoren möchten am Beispiel der Gefährlichkeitsprognose die Zusammenarbeit der Professionen beleuchten und bearbeiten dazu folgende Fragestellungen:

- Wie läuft aktuell die Zusammenarbeit der einzelnen Professionen in forensisch-psychiatrischen Einrichtungen?
- Gibt es Optimierungsbedarf in der Kooperation und wie könnte dieser aussehen?
- Welche Chancen und Grenzen ergeben sich durch diese Optimierung?
- Welche Voraussetzungen müssen geschaffen werden, um die Optimierung erfolgreich umzusetzen?

Diskussion

Um eine qualifizierte Therapie im Maßregelvollzug zu gewährleisten, werden die Patientinnen und Patienten von einem Team aus Psychiatern, psychologischen Psychotherapeuten, Pflege- und Erziehungspersonal, Ergotherapeuten, Lehrkräften, etc., betreut und therapiert. Diese arbeiten unabhängig voneinander mit den ihrer Profession eigenen Instrumenten und Techniken. Doch ist dies der richtige Ansatz? Um Transparenz und eine umfassende Versorgung zu fördern, müssen diese monodisziplinär erlangten Erkenntnisse den anderen Berufsgruppen nahe gebracht werden. Strukturierte Schnittstellen sind aktuell im Kontext von multidisziplinären Fallbesprechungen, Visiten oder Behandlungsplankonferenzen zu finden. Doch reicht dies?

Berufsspezifische Denkweisen und die vorhandenen, hierarchischen Strukturen führen nicht unbedingt zur notwendigen Objektivität. Das „Stammesdenken“ der Berufe – d.h. der Neigung, im Alleingang oder gar in Konkurrenz zueinander zu handeln“ (The Lancet Report, 2011) steht konträr zur Objektivität. Um die Objektivität zu steigern und gemeinsame „Lösungen mit Hilfe des beschleunigten, grenzüberschreitenden Austauschs von Wissen“ (The Lancet Report, 2011) zu generieren, bedarf es einer Weiterentwicklung der multidisziplinären Zusammenarbeit hin zur Transdisziplinarität. Dadurch bedingt kommt es z.B. im Rahmen einer Gefährlichkeitsprognose nicht zu einer einseitigen Beurteilung auf Basis der Erkenntnisse vom klassisch therapeutisch arbeitenden Ersteller, sondern zu einer Prognose, bei der mit Auftrag der Erstellung einer Gefährdungsbeurteilung der Startschuss für den transdisziplinär organisierten Erkenntnisgewinn gegeben wurde. Das Ergebnis ist eine Prognose, die den Patienten allumfassend betrachtet, die Blickwinkel der einzelnen Professionen im Rahmen des Prozesses zu einem gemeinsamen Blickwinkel verwoben hat und eine höhere Prognosesicherheit vermuten lässt. Dieser berufsgruppenübergreifende Ansatz klingt zwar einfach, ist jedoch schwierig in der Umsetzung und muss daher

zwangsläufig grenzüberschreitend und ohne Rücksicht auf Interessensgruppen stattfinden (The Lancet Report, 2011).

Fazit

In der aktuellen Praxis wird zumeist der multidisziplinäre Ansatz in der Teamarbeit verfolgt. Durch die vorherrschenden, hierarchischen Strukturen erhalten jedoch Professionen, die einen höheren Bildungsabschluss haben, mehr Gewichtung als die anderen involvierten Berufsgruppen. Dies erscheint nicht immer als der Königsweg.

Den Autoren erscheint der Weg der Transdisziplinarität als die logische Weiterentwicklung des aktuellen Prozesses von Entscheidungs-, Lösungsfindung und Behandlungsplanung. Durch diesen Weg ergibt sich „eine aufgeklärte neue Professionalität, die zu besseren Leistungen und folglich zu einer besseren Gesundheit der Patienten“ (The Lancet Report, 2011) führen kann und somit das Behandlungsziel des Maßregelvollzugs im Sinn der Devise „so kurz wie möglich effektiv zu behandeln und dabei eine deutliche Reduktion der Gefährlichkeit zu erzielen“ (Muysers, 2012) maßgeblich unterstützt beziehungsweise vorantreibt.

Literatur

Dorothea Sauter (2011). Kapitel 9 Recht. 9.8 Psychisch kranke StraftäterInnen. In Sauter, D. (Hrsg.): Lehrbuch psychiatrische Pflege. 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Bern: Huber (Verlag Hans Huber : Programmbereich Pflege).

Landschaftsverband Westfalen-Lippe. Maßregelvollzug - was ist das? Fachgerechte Behandlung und sichere Unterbringung. Online verfügbar unter

http://www.lwl.org/LWL/Gesundheit/Massregelvollzug/MRV_Inhalte/, zuletzt geprüft am 11.01.2016.

Muysers, J. (2012). Qualitätssicherung im Maßregelvollzug. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 6 (4), S. 227–234.

Schmidt-Quernheim, F.; Hax-Schoppenhorst, T. (2008). *Professionelle forensische Psychiatrie. Behandlung und Rehabilitation im Massregelvollzug*. 2., vollständig überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber (Fachpflege - Psychiatrische Pflege).

The Lancet Report (2011). Eine neue globale Initiative zur Reform der Ausbildung von Gesundheitsfachleuten. *Education of health professionals for the 21st century*. Zürich: Careum.

Autorinnen und Autoren

Aulbur, Andre; Gesundheits- und Krankenpfleger, LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt; andre_aulbur@web.de

Goldhagen, Stephanie; Gesundheits- und Krankenpflegerin, LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt; stephanie.goldhagen@lwl.org

Mantke, Armin; Ergotherapeut, LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt, armin.mantke@web.de

4. Langeweile und Psychose – wie viel schadet, wie viel nützt

Christian de Reuter, Norbert Liedtke, Florian Schröder

Hintergrund

Das Phänomen der Langeweile ist jedem Menschen aus eigener Erfahrung bekannt, es spielt aber auch gerade in psychiatrischen Einrichtungen eine große Rolle. Erstaunlich ist daher, wie wenig die Zusammenhänge zwischen Langeweile und psychischer Erkrankung bisher in den Blick genommen wurden. Es besteht aktuell keine Pflegediagnose mit diesem Titel, auch in der ICNP findet man den Begriff der Langeweile als Pflegephänomen nicht. Menschen, die an Psychosen erkrankt sind, werden von den Pflegenden häufig als gelangweilt wahrgenommen, auch beschreiben sie selbst dieses Erleben. Ian Needham definiert Langeweile in der dritten Auflage des „Lehrbuch Psychiatrie Pflege“ (2011) als „subjektive Erfahrung der Leere und des Nicht-Ausgefülltseins, das als lästig oder negativ empfunden wird. Sie entsteht auf Grund fehlender Reize in der Außenwelt, auf Grund der Notwendigkeit, eine eintönige Tätigkeit verrichten zu müssen oder sie kann ein Merkmal der Person sein“. Prammer (2013) unterscheidet die „erholsame Langeweile“ im Sinne von Muße und kreativer Untätigkeit von der „zu verhindernde(n) Langeweile“. Binnema (2004) betont den Mangel an sozialem Sinn erleben, dies betreffe die Beziehungen, die Rolle, aber das Empfinden von Kontrollverlust. Todman (2003) stellt die Unterschiede zwischen situationsabhängiger und situationsunabhängiger Langeweile heraus und demonstriert an fünf Fallbeispielen den Zusammenhang zwischen Langeweile und Verläufen der psychotischen Erkrankung. Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass Drogenkonsum bei Psychotikern in erster Linie der Bekämpfung von Langeweile dient, einer Untersuchung aus Australien (Schofield et al., 2006) zufolge gaben 86 % der befragten Patienten dieses Motiv an. Eine aktuelle Hypo-

these (Branković, 2015) sieht sogar einen direkten Zusammenhang mit der medikamentösen Behandlung: Durch die Gabe von Antipsychotika und deren Auswirkung auf das Dopaminsystem wird den Patienten der „thrill of psychosis“ genommen, das anschließenden Erleben von Langeweile führe dann bei einigen Patienten zum Absetzen der Medikation, sie erliegen der Anziehungskraft der Psychose.

Fragestellung

In dieser Arbeit soll auf der einen Seite beschrieben werden, welche Folgen das Erleben von Langeweile haben kann. Die Folgen, die der extreme Entzug von Reizen in einer totalen Institution haben kann, werden vorgestellt und diskutiert, aber auch der therapeutische Einsatz der Reizabschirmung. In der Literatur werden Empfehlungen zum therapeutischen Umgang mit Langeweile gesucht und zusammengefasst.

Ergebnisse

Besonders im Strafvollzug ist die Lebenswelt der Inhaftierten häufig durch stark gesundheitsgefährdende Belastungsfaktoren gekennzeichnet. Bei einer Inhaftiertenbefragung aus dem Jahr 2007 zum Thema Stress und Belastungsfaktoren in der JVA Bremen- Oslebshausen haben von 259 männlichen Inhaftierten 188 (72,59%) teilgenommen. Unter Langeweile leiden 76,9% der Befragten „sehr“. Unterforderung belastet 62,9% „stark“ und „oft“ einsam sind 70,8%. Die physischen und psychischen Probleme werden vor allem durch die Einsamkeit, die Langeweile, dem Mangel an Erfolgserlebnissen und der Unterforderung und nicht so sehr aufgrund von Personen / Zellenkontrollen, Angst vor Übergriffen oder dem Migrationshintergrund von Mitgefangenen verursacht (Schwarz & Stöver, 2010).

Um den gesundheitlichen Belastungen entgegenzuwirken, sitzen die Strafgefangenen ihre Zeit in einem psychischen Sparmodus ab (Seelich, 2009). Diesen Zustand haben Sluga und Grünberger mit dem Begriff funktionelles Psychosyndrom beschrieben. Die psychologischen Veränderungen bei einem Freiheitsentzug sind Störungen des Gefühlslebens, Störungen im Auffassungsfeld und Denken, Veränderungen im psychologischen Lebensstil und Kontaktstörungen (Seelich, 2010). Die nicht vorhandene Teilnahme an Interaktionsprozessen ist in psychiatrischen Kliniken unter dem Begriff der Regression bekannt. Nach Goffmann (1972) bilden Erscheinungen wie die „Knastpsychose“ oder der „Stumpfsinn“ die gleichen Formen der Anpassung ab. Auch wenn weder im ICD 10 noch im DSM IV die Diagnose Gefängnispsychose nicht vorkommt, so können doch eine Reihe von abnormen und krankhaften Verhaltensweisen in Strafvollzugsanstalten beobachtet werden. Nach Sluga werden Selbstverletzungen, Selbstmordversuche, Psychosen und psychosomatische Störungen als Haftreaktionen festgestellt (1977, zitiert nach Seelich, 2009).

Um den Begriff der Langeweile unter dem Aspekt der Vereinsamung und der Isolation im Strafvollzug zu betrachten, richtet sich der Fokus im Weiteren auf die Gefängnisarchitektur. Hierzu sollte sich bewusst gemacht werden, dass nirgendwo die Architektur so intensiv auf den Betrachter wirkt wie im Gefängnis. Besonders die systemimmanenten Probleme der Architektur in totalen Institutionen werden anhand von Justizvollzugsanstalten deutlich. Eine häufig angeführte negative Haftfolge ist die Deprivation. Die Architektur kann die Deprivation durch monotone Typologien fördern. Doch sind architektonische Lösungen, die in Freiheit positiv wirken, im Strafvollzug ein hohes Sicherheitsrisiko. Seelich führt hierzu an, dass das große Dilemma der Insassen, in einem geschlossenen System ein straffreies Leben zu trainieren, nicht gelöst werden kann.

Von einer gestörten Informationsverarbeitung und schizophrener Erlebensveränderung ausgehend, zeigt sich eine Reizabschirmung indiziert. „Es scheint im klinischen Alltag jedoch kein genauer Kon-

sens darin zu bestehen, was Reizabschirmung bedeutet bzw. wie und wann es angewendet werden soll“ (Scheydt, 2015). Dazu untersuchten Scheydt und Needham im Rahmen einer Literaturrecherche, was unter Reizabschirmung verstanden wird und wann sie zur Anwendung kommt. Demnach handelt es sich einerseits um eine Intervention der professionellen Akteure und andererseits um eine „Strategie der betroffenen Personen hinsichtlich des Umgangs mit spezifischen, durch Reize beeinflusste Symptome oder Stressbelastungen“ (2014). Huppert und Kienzle (2012) beschreiben, dass „interpretativ bereits der prodromale Rückzug als Selbstschutz oder Bewältigungsverhalten gewertet werden kann, indem die Betroffenen damit die Komplexität ihres Alltags reduzieren und eine Adaption an selbst wahrgenommene psychische Veränderungen und eskalierende kognitive Störungen versuchen“.

Aus Sicht der psychiatrisch Tätigen handelt es sich um eine Vermeidung von Überforderung und Unterforderung, die einer „Gratwanderung“ ähnelt und Gefahren birgt. Todman warnt vor der Gefahr von Folgestörungen von chronischer Langeweile wie postpsychotischen Affektstörungen, erhöhtem Risiko für Substanzmissbrauch, Zunahme von positiven Symptomen, Verminderung der kognitiven Leistungen oder allgemein herabgesetztem Interesse (2003). Subjektiv erlebte Überforderung könne hingegen das Risiko eines neuerlichen akut psychotischen Realitätsverlustes mit der Ausprägung von Positivsymptomen erhöhen (Knuf, 2013).

Fazit

Das Phänomen der Langeweile ist bisher in der Forschung wenig beachtet. Im Bereich des Strafvollzuges sorgen neue Formlösungen und vergrößerte Hafträume inzwischen für mehr Privatsphäre (Seelich, 2010). Unter dem Fokus der Resozialisierung bieten moderne Haftanstalten schul- und berufliche Weiterbildungsangebote und Arbeitsplätze, welche in der Architektur Berücksichtigung finden (Albrecht, Niels H. M, 1999). In psychiatrischen Einrichtungen wird

Langeweile zwar bemerkt und beklagt, aber kaum gemessen. Schwierig scheint die Abgrenzung zu Phänomenen wie Negativsymptomatik und Depressivität. Der Einsatz von Psychoedukation ergänzt um Information über die Psychobiologie der Langeweile (Branković, 2015) wird empfohlen, um die Motivation zu langfristiger psychischer Gesundheit nützlicherem Verhalten zu fördern. Auch Todman betont, dass vor dem Einsatz oder der Entwicklung therapeutischer Programme das Interesse des Patienten für seine Langeweile geweckt werden muss. Selbstbestimmte Beschäftigungen werden als hilfreicher erlebt, von den Einrichtungen angebotene Aktivitäten nur dann, wenn die PatientInnen sie als sinnvoll wahrnehmen. Der Anforderungsgrad soll individuell angepasst werden, eine zu geringe Komplexität wird als langweilig erlebt, eine zu hohe birgt das Risiko des Erlebens von Insuffizienz (Newell et al., 2012). Erfolgversprechend scheint zudem der Einsatz von Achtsamkeit zu sein, die aber angepasst werden muss (Huppertz, M., Saurgnani, S., & Schneider, S., 2013).

Literatur

Albrecht, N. (1999). *Leben hinter Gittern*. Die JVA Bremen-Oslebshausen. Bremen: Ed. Temmen.

Binnema, D. (2004). Interrelations of psychiatric patient experiences of boredom and mental health. *Issues Ment Health Nurs* 25 (8), S. 833–842.

Branković, S. (2015). Boredom, dopamine, and the thrill of psychosis: Psychiatry in a new key. *Psychiatria Danubina*, 27 (2), S. 126–137.

Goffman, E. (1972). *Asyle*. Über d. soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt (am Main): Suhrkamp.

Huppertz, M., Saurgnani, S., & Schneider, S. (2013). Ein pluralistisches Achtsamkeitskonzept für die therapeutische Praxis. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* (2), S. 381–397.

- Knuf, A. (Hrsg.) (2013). Die Entdeckung der Achtsamkeit in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Needham, I. (2011). Langeweile. In Sauter, D. (Hrsg.): Lehrbuch psychiatrische Pflege. 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Bern: Huber, S. 787–796.
- Newell, S. E.; Harries, P. & Ayers, S. (2012). Boredom proneness in a psychiatric inpatient population. *International Journal of Social Psychiatry* 58 (5), S. 488–495.
- Prammer, E. (2013). Boreout - Biografien der Unterforderung und Langeweile. Eine soziologische Analyse. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden
- Schofield, D.; Tennant, C.; Nash, L.; Degenhardt, L.; Cornish, A.; Hobbs, C. & Brennan, G. (2006). Reasons for cannabis use in psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40 (6-7), S. 570–574.
- Schwarz, K. & Stöver, H. (2010). Stress und Belastungen im geschlossenen Justizvollzug. Das Beispiel der Arbeitssituation der Justizvollzugsbediensteten in der JVA Bremen-Oslebshausen. Oldenburg: BIS-Verl. der Carl-von-Ossietzky-Univ.
- Seelich, A. (2009). Handbuch Strafvollzugsarchitektur. Parameter zeitgemässer Gefängnisplanung. Wien, New York: Springer.
- Seelich, A. (2010). Gesundheit und Architektur am Beispiel von Gefängnissen. In Bögemann, H. (Hrsg.): Gesundheit im Gefängnis. Ansätze und Erfahrungen mit Gesundheitsförderung in totalen Institutionen. Weinheim [u.a.]: Juventa-Verl.
- Steele, R.; Henderson, P.; Lennon, F. & Swinden, D. (2013). Boredom among psychiatric in-patients: does it matter? *Advances in Psychiatric Treatment* 19 (4), S. 259–267.
- Todman, M. (2003). Boredom and Psychotic Disorders: Cognitive and Motivational Issues. *Psychiatry* 66 (2)

Autoren

de Reuter, Christian; Krankenpfleger, Klinikum Oldenburg, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, christian.dereuter@klinikum-oldenburg.de

Liedtke, Norbert; Krankenpfleger, Uniklinik Köln, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, norbert.liedtke@uk-koeln.de

Schröder, Florian; Staatlich anerkannter Erzieher, v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel, Jugendhilfe Bethel Bielefeld, Verhaltenstherapeutisch orientierte Intensiv-Gruppe "Step By Step", Florian.Schroeder@bethel.de

5. Beziehungsgestaltung und mögliche Methoden im forensischen Setting

Fabian Altmann, Katharina Bernhold, Oxana Konrad

Hintergrund

Das Verständnis der forensischen Psychiatrie bezog sich in der Vergangenheit besonders auf den Begriff der Sicherung des Patienten und dem damit verbundenen Schutz der Gesellschaft. Im Jahr 1984 erstellte Prof. Dr. Wilfrid Rasch ein Gutachten über die Situation der Maßregelvollzugsklinik Lippstadt-Eickelborn und kam unter Anderem zu dem Ergebnis, dass alle Berufsgruppen eine Beziehung zum Patienten aufbauen müssten (ihn also nicht ausschließlich nur zu sichern) um dem gegenseitigen Misstrauen entgegen zu wirken, sowie eine erhöhte Besserung des Patienten zu erreichen (Hax-Schoppenhorst, 2008). In der heutigen forensischen Psychiatrie zeigt sich nun ein neues Verständnis. In einer qualitativen Untersuchung von Nadine Schüßler über das professionelle Selbstverständnis Pflegender in der forensischen Psychiatrie hat sich als „zentrale Kategorie des professionellen Selbstverständnisses“ die Beziehung zum Patienten herausgestellt (Schüßler, 2013). Hierdurch wird deutlich, dass die Beziehung zum Patienten ein wesentliches Merkmal der pflegerischen Arbeit in der forensischen Psychiatrie darstellt.

Empathie ist nach Meinung der Autoren eine wichtige, unverzichtbare Basis für ein gelingendes und zum Erfolg führendes Arbeitsbündnis. Denn nur, wenn der Patient sich in dieser professionellen Beziehung wohlfühlt und Vertrauen zu den Pflegenden hat, kann eine tragfähige Beziehung hergestellt werden, durch die Pflegeziele erreicht und Krisen und Veränderungen des Patienten zeitnah erkannt werden.

Forensische Patienten sind oft nicht intrinsisch veränderungsmotiviert und verfügen über spezifische Interaktions- und Beziehungsmuster, die vor allem durch folgende Symptome beeinflusst werden: gesteigertes Selbstwertgefühl, betrügerisches und hochmanipulatives Verhalten, Mangel an Empathie, Fehlen von Reue oder Schuldgefühlen, verzerrte Eigen- und Fremdwahrnehmung, mangelnde Frustrationstoleranz, impulsives und grenzüberschreitendes Verhalten, hohe narzisstische Kränkbarkeit und hohe Anspruchshaltung gegenüber ihren Beziehungspartnern. Hier zeigt sich ein mehrdimensionales „Scheitern“ auf vielen Ebenen wie: Sozialisationsdefizite durch Traumatisierung oder emotionale Vernachlässigung sowie kognitiv verzerrte Denkschemata. Diese sind oft die Ursachen für dysfunktionales Verhalten. Ein Weg besteht darin, den Patienten einfach dort abzuholen, wo er steht.

Zu verstehen, was Menschen dazu bringt, gegen ihresgleichen Gewalt anzuwenden und wie es andererseits möglich ist, unter größten Widrigkeiten die eigene Empathie zu bewahren, entwickelte der Kommunikationspsychologe und Psychotherapeut Marshall B. Rosenberg (1934- 2015) die Theorie und das Gesprächsmodell der Gewaltfreien Kommunikation. Die Ideen wurden durch biografische Schlüsselerlebnisse beeinflusst, maßgeblich von Carl Rogers, wie auch von Fachkollegen. Gewaltfreie Kommunikation ist eine Möglichkeit, die Beziehungen auf respektvolle und empathische Weise zu gestalten. Das Grundprinzip ist schnell verständlich und direkt in der Praxis anwendbar. Es beschränkt sich auf vier konkrete Kommunikationsschritte: „die Beobachtung“, „die Gefühle“, „die Bedürfnisse“ und „die Bitte“.

Mittels der Motivierenden Gesprächsführung (MI) können Pflegefachpersonen die Patienten dabei begleiten, Entscheidungen zu treffen und Veränderungen anzugehen. Entwickelt wurde die Methode in den 70er Jahren von Miller und Rollnick zur Förderung von Veränderungsschritten im Suchtbereich. Die Aufgabe von professionellen Helfern besteht darin, ihr Wissen und ihre Energie zur Förderung der

Eigenverantwortung der Betroffenen einzusetzen. Das Herzstück der Methode bilden die vier Grundprinzipien: „Empathie ausdrücken“, „Diskrepanzen entwickeln“, „den Widerstand aufnehmen“ und „Selbstwirksamkeit fördern“.

Fragestellung

Wie wichtig ist der Aufbau einer professionellen Beziehung im forensischen Setting und welche Auswirkungen kann Beziehungsabstimmung oder –reduktion haben?

Ergebnisse

Der Beziehungsbegriff wird anhand der persönlichen und therapeutischen Beziehung erklärt und verdeutlicht zusätzlich den Unterschied von Beziehungen im beruflichen und privaten Bereich. Hildegard Peplau beschreibt die zwischenmenschliche Beziehung in der Krankenpflege, welche bis heute in der Literatur Aktualität findet. Für die forensische Psychiatrie ergeben sich weitere Besonderheiten bezüglich des Delikts und der institutionellen Gegebenheiten. Die Eigenreflexion von forensisch Pflegenden und der menschliche Umgang mit Abgrenzung von Delikt und Diagnosestellung spielen eine weitere wichtige Rolle.

Fazit

Die Methoden der Gewaltfreien Kommunikation und der Motivierenden Gesprächsführung wie auch das Training der Empathiefähigkeit sollten zu Ausbildungsgängen von pflegerischen

Berufen verbindlich dazugehören. Außerdem kann es als fester Bestandteil in die innerbetrieblichen Fortbildungsangebote etabliert werden. Dies kann nachhaltig die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden verbessern und zu tragfähigen Absprachen mit den Patienten führen. Die Förderung von Empathiefähigkeit kann durch die Gabe, Patienten besser zu verstehen und anzunehmen, eine wünschenswerte Auswirkung auf den Erfolg in der Pflege und der Therapie darstellen. Die Studienlage zur wissenschaftlichen Evidenz der Motivierenden Gesprächsführung und der Gewaltfreien Kommunikation bei psychischen Störungen, insbesondere im psychiatrischen Behandlungssetting, fällt noch relativ mager aus. Die Forschungslage scheint, in Bezug auf die Beziehungsreduktion, nicht ausreichend zu sein. Durch Sicherungsmaßnahmen, wie z.B. die Absonderung eines Patienten in den Kriseninterventionsraum, werden Beziehungen eingeschränkt und lassen unterschiedlichste Auswirkungen in der Zusammenarbeit mit dem Patienten vermuten.

Literatur

Geiger S.; Baumgärtner S. (2015). Empathie als Schlüssel. Beltz Verlag Weinheim, Basel

Kremer, G.; Schulz M. (2012). Motivierende Gesprächsführung in der Psychiatrie

Rosenberg, M..B. (2007). Gewaltfreie Kommunikation. Junfermann Verlag Paderborn

Hojat, M. (2007). Empathy in Patient Care. Springer Verlag New York

Bischoff-Wanner, C. (2002). Empathie in der Pflege: Begriffserklärung und Entwicklung eines Rahmenmodells. Huber Verlag Bern

Schmidt-Quernheim, F., Hax-Schoppenhorst, T. (2008). Professionelle forensische Psychiatrie. Huber Verlag Bern

Autorinnen und Autoren

Altmann, Fabian; Gesundheits- und Krankenpfleger, LWL- Zentrum für forensische Psychiatrie Lippstadt, fabianeinstein86@web.de

Bernhold, Katharina; Gesundheits- und Krankenpflegerin, LWL Maßregelvollzugsclinik Schloss Haldem, katharina.bernhold@lwl.org

Konrad, Oxana; Krankenschwester, LWL Maßregelvollzugsclinik Schloss Haldem, oxana.konrad@lwl.org

6. Emotionale Regulation und Beziehungsgestaltung bei psychoseerkrankten Menschen

Stefan Grunde, Dominik Hall, Anna Nebeling

Hintergrund

Die Beziehungsarbeit ist eine der Hauptaufgaben der psychiatrischen Pflege. Sie dient als Instrument zur emotionalen Steuerung in der dyadischen Interaktion zwischen Patienten und Pflegenden. Dieser Aspekt stellt sich in der Behandlung von psychoseerkrankten Menschen als elementar dar. Eine Interaktion zwischen zwei Menschen läuft auf mehreren Ebenen ab. Status wie soziale Herkunft, Macht, individuelle Fähigkeiten, Geschlecht, Aussehen und viele andere Faktoren haben Einfluss auf die Gestaltung der Beziehung. Aus der Psychotherapieforschung ist bekannt, dass die Aktivierung von Ressourcen, also die Befähigung des Patienten, einer der wichtigsten Prädiktoren von Therapieerfolg ist. Für Pflegende und Therapeuten ist es besonders wichtig, nicht nur die Schwächen und offenkundigen Verhaltensdefizite, sondern auch die positiven Aspekte problematischen Verhaltens, also die zugrundeliegenden Bedürfnisse, Ziele und Bestrebungen des Patienten anzusprechen.

Als Fallbeispiel aus der Praxis dient hierzu die Vorstellung einer jungen Klientin mit psychotischem Erleben und Multimorbidität im stationären Langzeitwohnen. Hier sollen im speziellen auch die Gründe problematischer Verhaltensweisen beleuchtet werden und daraus entsprechende Ressourcen aufgezeigt werden.

Fragestellung

Wie kann sich Beziehung und emotionale Regulation vor dem Hintergrund verhaltenstherapeutischer Elemente und Interventionen gestalten und entwickeln? Ist es möglich einen komplexen Bezie-

hungsaufbau zu entwickeln und eine vertrauensvolle Beziehung langfristig aufrecht zu erhalten ohne den Blick auf die Effektivität und die Professionalität zu verlieren?

Fazit

Psychiatrische Pflege ist als „professioneller Gestalter von Beziehungen“ zu bezeichnen. Sie kann Beziehungen eingehen, sich in Beziehungen abgrenzen, besonders gute Beziehungen herstellen, dadurch erfolgreich erzieherisch wirken und somit Krisen abwenden (Schüßler 2013). Psychiatrische Pflege kann Beziehungen kontinuierlich aufrechterhalten und sie hinsichtlich ihrer professionellen Effektivität überprüfen ohne dabei die Augenhöhe des Patienten / Klienten zu verlieren. Ob eine Beziehungsgestaltung gelingt hängt sowohl von den verschiedenen Aspekten des Selbstverständnisses als auch von der Haltung des Pflegenden zum Klienten / Patienten ab.

Literatur

Amann, R.; Schanze, C. (2007): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen; mit 53 Tabellen ; [mit Lehrfilmen auf Video-DVD]. Stuttgart [u.a.]: Schattauer.

Fliegel S.; Kämmerer A. (2002). Was Regulation, Beziehung und Biographie verbindet...Psychotherapie im Dialog 2/2002, 194

Giernalczyk T. (2003). Psychodynamische Krisenintervention „Affektregulation zu zweit“. Psychotherapie im Dialog 4/2003, 347-353

Needham I. (2011) Realität und Störungen des Realitätsbezugs. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham, S. Wolff (Hrsg.), Lehrbuch Psychiatrische Pflege, S. 859. Bern: Verlag Hans Huber

Sachse, R.; Langens, Thomas A. (2014). Emotionen und Affekte in der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe Verlag

Schüßler N. (2013). Professionelles Selbstverständnis von Pflegenden in der forensischen Psychiatrie – eine qualitative Studie in Anlehnung an die Grounded Theory. Beltz Juventa Pflege und Gesellschaft 18Jg. 2013, H.2

Sickinge, S.; Klingberg S. (2010). Kognitive Verhaltenstherapie von Wahn und Halluzination bei einer psychotischen Störung: Ein Fallbericht. Verhaltenstherapie 2010;20, 201-206

Znoj, H. (2008). Regulation emotionaler Prozesse in Psychotherapie und Verhaltensmedizin. Bern: Peter Lang AG.

Autorinnen und Autoren

Grunde, Stefan; Gesundheits- und Krankenpfleger, Maßregelvollzugsambulanz Herne

Hall, Dominik; Gesundheits- und Krankenpfleger, Tagesklinik Altenburger Straße gGmbH Köln, d.hall@tka-koeln.de

Nebeling, Anna; Heilerziehungspflegerin, Diakonische Stiftung Wittekindshof; anna.nebeling@outlook.de

7. Pflegerische Interventionen zur Integration eines gehörlosen Patienten auf einer Station des Maßregelvollzuges

Claudia Jaekel, Dietmar Rottmann

Hintergrund

Im Nordrheinwestfälischen Maßregelvollzug werden psychisch kranke Straftäter behandelt. Die gesetzlichen Vorgaben regelt das Maßregelvollzugsgesetz NRW.

In § 1 Absatz 1 wird erklärt: „Maßregeln der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt sollen die betroffenen Patientinnen und Patienten durch Behandlung und Betreuung (Therapien) befähigen, ein in die Gemeinschaft eingegliedertes Leben zu führen. Die Sicherheit und der Schutz der Allgemeinheit und des Personals der Einrichtungen vor weiteren erheblichen rechtswidrigen Taten sollen gewährleistet werden.“

Die Autoren beschäftigen sich in dem Vortrag mit dem Thema, wie ein forensischer Patient, der zusätzlich unter Gehörlosigkeit leidet, in eine Patientengruppe integriert werden kann. Diese Problematik ist multidimensional. Zum einen sind alle Patienten der Station Straftäter mit einer psychiatrischen Erkrankung, die sich in einer Zwangsgemeinschaft der forensischen Klinik befinden. Zum anderen hat jeder Patient qua Gesetz ein Anrecht auf Rehabilitation. Ein gehörloser Patient hat selbstverständlich auch Anrecht auf Rehabilitation und auf Inklusion. Hier wird aber das Spannungsfeld offenbar. Zum einen geht es um das Recht dieses Behinderten und zum anderen um das Recht der Mitpatienten.

Eine besondere Herausforderung stellt die Behinderung im Bereich der Kommunikation dar. So gibt es durchaus Parallelen zu nicht deutsch sprechenden Psychatriepatienten. Hier sei verwiesen auf die Broschüre „Das kultursensible Krankenhaus“. Hier wird beschrieben, dass es wünschenswert ist, für bestimmte Ethnien ein spezielles Angebot vorzuhalten, Personal, welches nicht nur die Sprache des Kranken spricht, sondern auch aus dem soziokulturellen Umfeld des Kranken kommt (Droste et al., 2013).

Überzeichnet bedeutet das für einen gehörlosen Menschen die Versorgung auf einer Station, deren Personal auch gehörlos ist, eine Forderung, die so bestimmt kaum durchführbar ist. Durchaus denkbar wäre jedoch Personal, welches die Gebärdensprache beherrscht (Faust, 2012).

Fragestellung

Den Autoren stellen sich somit folgende Fragen:

- Welche pflegerischen Interventionen sind in diesem Setting sinnvoll, begründbar und zielführend?
- Wie müssen die einzelnen Interventionen ausgeformt sein?
- Welche Bedingungen müssen erfüllt sein, damit die entsprechende Intervention für den Gehörlosen und Mitpatienten gewinnbringend ist?
- Ist es unter Berücksichtigung dieser Überlegungen sinnvoll, einen gehörlosen Patienten gemeinsam mit Hörenden zu versorgen?
- Wann wäre eine Unterbringung auf einer Station, die ausschließlich mit gehörlosen Patienten des Maßregelvollzuges belegt ist, angezeigt?
- Welche Standardangebote wären im Setting des Maßregelvollzuges denkbar und was sollte dafür berücksichtigt werden?

Methoden

Literaturrecherche, Auswertungen verschiedener Gesetzesvorgaben und Forderungen insbesondere im Behindertenrecht. Kontaktaufnahme zu einer Mitarbeiterin des Behandlungszentrum für Hörgeschädigte in der LWL Klinik Lengerich und Besuch des Behandlungszentrums.

Ergebnisse

Wenn sich ein gehörloser, forensischer Patient auf einer „Normalstation“ befindet, wird er in den seltensten Fällen auf Personal und Mitpatienten treffen, die Gebärdensprache beherrschen. Schafft es dieser Mensch also mit Hilfe von Stift und Papier oder Tablet sich verständlich zu machen und beherrscht er das Lippenlesen, so wäre eine Integration auf dieser AllgemEinstation möglich. Dazu müsste allerdings die andere Klientel auch in der Lage sein, diesen in der Kommunikation behinderten Menschen zu integrieren. Viele pflegerische Interventionen, insbesondere Gruppenangebote in der Freizeitgestaltung sind denkbar. Hierzu gehören unter anderem Kochgruppen, Spielangebote, Sport. Spezielle Angebote wie zum Beispiel Psychoedukation, die zumeist in Gruppen stattfindet, können in diesem Fall ohne „Dolmetscher“ nur als Einzelangebot stattfinden.

Folgendes ist Voraussetzung, damit eine gemeinsame Unterbringung von Hörenden und Gehörlosen gelingt und für den Gehörlosen Entwicklung bedeuten kann:

- Der gehörlose Patient muss es wollen
- Das Unterbringungsdelikt lässt es zu
- Es steht ausreichend qualifiziertes Personal zur Verfügung bzw. ist zur Schulung bereit
- Mitpatienten müssen zur Integration bereit sein
- Möglichkeit zum Scheitern ist gegeben

Fazit

Eine Inklusion von gehörlosen, forensischen Patienten auf einer Station des Maßregelvollzuges erscheint auf den ersten Blick sehr sinnvoll. Wird nicht auch von der UN Behindertenrechtskonvention insbesondere eine Rehabilitation von Behinderten durch Unterstützung von anderen Menschen mit Behinderungen gefordert?

„Artikel 26 – Habilitation und Rehabilitation

(1) Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, einschließlich durch die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren.“

Dass die Mitpatienten etwas einzuwenden haben gegen eine zwangsweise Integration eines Gehörlosen in die gesamte Gruppe wird als Möglichkeit nicht oft gesehen. Wenn sich aus der Gruppe der Hörenden Widerstand gegen die Integration des Gehörlosen regt, kann dieses als Nachteil ausgelegt werden?

Die Gruppe muss den Mitpatienten akzeptieren. Sie kann jedoch nicht gezwungen werden, diesen gehörlosen Menschen in die Gruppe zu integrieren. Dieses ist eine große Aufgabe insbesondere des Pflege- und Erziehungsdienstes. Trotzdem ist ein Scheitern möglich. Eine Möglichkeit dieses zu managen wäre unter Umständen eine Probezeit.

Eine weitere Frage, die an dieser Stelle offen bleibt, ist inwieweit eine Station innerhalb des Maßregelvollzuges nur für Gehörlose eine legitime Forderung darstellt oder nur als zusätzliche Stigmatisierung angesehen werden kann.

Literatur

Maßregelvollzugsgesetz NRW. Online verfügbar unter https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=5320110406183667013, zuletzt geprüft am 14.01.2016.

Droste, M.; Gün, A.K.; Kiefer, H.; Koch, E.; Naimi, I.; Reinecke, H. et al. (2013). Das kultursensible Krankenhaus. Ansätze zur interkulturellen Öffnung. Hg. v. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Bundeskanzleramt (Berlin). Online verfügbar unter http://www.gesundheits.de/CMS/images/stories/PDFs/Das_kultursensible_Krankenhaus_2013.pdf, zuletzt geprüft am 14.01.2016.

Faust, V. (2012) PSYCHIATRIE HEUTE. Gehörlosigkeit und Psychosoziale Folgen. Online verfügbar unter <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/Int.1-Gehoerlosigkeit.pdf>, zuletzt geprüft am 14.01.2016.

UN - Behindertenrechtskonvention. Online verfügbar unter <http://www.behindertenrechtskonvention.info/uebereinkommen-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinderungen-3101/>, zuletzt geprüft am 14.01.2016.

Autorinnen und Autoren

Jaekel, Claudia; Krankenschwester, LWL MRV Klinik Herne, claudiajaekel@yahoo.de

Rottmann, Dietmar, Krankenpfleger; EvKB Gilead IV, Bielefeld, Dietmar.Rottmann@EvKB.de

8. Die Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen im hohen Lebensalter

Franziska von der Ahe, Angela Behrens

Hintergrund

Zwischen 2009 und 2050 wird die Anzahl pflegebedürftiger Menschen in Deutschland um fünfundneunzig Prozent steigen, mit der Konsequenz, dass bis 2060 zusätzlich Pflegeheimplätze geschaffen werden müssen (Beske, 2013). Darunter sind Menschen, die eine besondere Hilfs- und Betreuungsform im hohen Lebensalter benötigen, denn auch Menschen mit einer psychischen Erkrankung werden zunehmend älter, wie die gesamte Bevölkerung (Crome, 2007). Schon jetzt leben Menschen hohen Alters und mit Pflegebedarf in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe. In den kommenden Jahren wird der Anteil alter Menschen auch dort rasch zunehmen (Dinger-Greiner & Kruse, 2010). Dies stellt das deutsche Gesundheitssystem und somit auch die stationären Wohnheime der Eingliederungshilfe und der Altenhilfe (Pflegeversicherung), vor eine Vielzahl neuer Anforderungen und Herausforderungen.

Fragestellung

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche besonderen Anforderungen bei der Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen im hohen Lebensalter entstehen. Wird die stationäre Versorgungslandschaft diesen Anforderungen gerecht und bestehen bereits erste Versorgungsformen im stationären Bereich, die sich auf die Versorgung dieser Personengruppe spezialisiert haben?

Methode

Literaturrecherche, Auswertung von Büchern und Anfrage bei überörtlichen Leistungsträgern. Besichtigung eines Modellprojektes.

Ergebnisse

Die gesetzlich festgelegten Vergütungen der Heimplätze werden den Anforderungen dieser Personengruppe nicht gerecht. In den stationären Einrichtungen der Altenhilfe soll zu der Pflege auch die soziale Betreuung (Teilhabe) erbracht werden, trotz pauschalisierter Finanzierung. Ähnlich ist es in der Eingliederungshilfe. Dort werden die Pflegeleistungen im Rahmen einer Pauschale abgegolten, allerdings ohne Bezug zum tatsächlichen Aufwand (Klie, 2007). In der Eingliederungshilfe arbeiten überwiegend Mitarbeiter mit einer pädagogischen Ausbildung. Kenntnisse über den Alterungsprozess und Alterskrankheiten sind nur gering vorhanden. Im Rahmen der pflegerischen und behandlungspflegerischen Versorgung alter Menschen bestehen Unsicherheiten und es besteht ein Bedarf an Fort- und Weiterbildung. In der Altenhilfe bestehen wiederum mangelnde Kenntnisse darüber, welche Auswirkungen die psychische Erkrankung auf die körperliche Entwicklung im Alter haben kann. Zudem fehlt es an entsprechenden zeitlichen Ressourcen, der individuellen Betreuung dieser Personengruppe gerecht zu werden (Dinger-Greiner & Kruse, 2010). Es gibt ein Modellprojekt, das sich auf die Versorgung von Menschen mit psychischer (aber auch geistiger) Behinderung spezialisiert hat.

Fazit

Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung im hohen Lebensalter fordern eine bedarfsorientierte Betreuung und Pflege. Dem Bedarf dieser Personengruppe wird man unter den derzeitigen

gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen nicht gerecht. Allerdings gibt es erste Ansätze, die versuchen sich diesen Anforderungen zu stellen. Ein Modellprojekt konnte zeigen, dass es möglich ist, für Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung im hohen Lebensalter eine gute Versorgung zu leisten. Diesem Ansatz sollte man folgen, um Menschen mit einer psychischen Erkrankung auch im hohen Alter gerecht zu werden.

Literatur

Beske, F. (2013). Gesundheitsversorgung und Versorgung Pflegebedürftiger bis 2060. Eine Hochrechnung. *Arzt und Krankenhaus* 86 (1), S. 16–21.

Crome, A. (2007). *Alt werdende psychisch kranke und geistig behinderte Menschen*. (1. Aufl.). Bonn: Psychiatrie Verlag. *Unsere Zukunft gestalten. Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz.*, 1. Aufl., S. 298- 305.

Ding-Greiner, Christina; Kruse, Andreas (Hrsg.) (2010). *Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter*. Beiträge aus der Praxis. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (Kohlhammer Altenpflege).

Klie, T. (2007). *Individuelle Hilfen zur Teilhabe und Pflege.* *Unsere Zukunft gestalten. Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz.*, 1. Aufl., S. 58-71.

Autorinnen

von der Ahe, Franziska; Examinierte Altenpflegerin, vdA@gmx.de

Behrens, Angela; Heilerziehungspflegerin, Lebenshilfe Altenkirchen (RLP), rauberbande5@web.de

9. Hoffnung(slos) in der Forensik

Nicole Büter, Thomas Pantke

Hintergrund

Das Konzept der Hoffnung gewinnt in den letzten Jahren besonders in Deutschland zunehmend an Bedeutung. Schon der Begriff Hoffnung ist in der Gesellschaft positiv behaftet, und mit Optimismus, Erwartungen und Zuversicht assoziiert. Hoffnung wird in jedem Menschen von Geburt an angelegt und durch positive wie auch negative Erfahrungen geprägt. Somit kann Hoffnung nicht beigebracht werden, sondern nur aufgedeckt oder unterstützt werden.

Farran et al. (1999) beschreiben Hoffnung als eine essenzielle menschliche Erfahrung, die sich auf eine bestimmte Art des Fühlens, Denkens und Verhaltens, sowie den Umgang mit sich selbst und der Umwelt auswirkt.

Jedoch steht besonders im forensischen Kontext der rehabilitative Ansatz im Spannungsfeld mit der Sicherheit. Das Konzept Hoffnung ist ein elementarer Faktor für den persönlichen Weg zur Genesung psychiatrischer Erkrankungen.

Fragestellung

Wie sieht in Deutschland der aktuelle Forschungsstand zum Thema Pflege und Betreuung von Betroffenen in stationär forensischen Psychiatrien unter Berücksichtigung des Konzeptes Hoffnung aus?

Methode

Grundlage der Ausarbeitung bildete eine Recherche in Fachdatenbanken und Auswertungen von Studien sowie aktueller Fachliteratur und Artikeln.

Ergebnis

Es bestehen große Diskrepanzen zwischen den Betroffenen und professionell Pflegenden bezüglich der Behandlungsziele unter Berücksichtigung des Konzeptes der Hoffnung. Betroffene fordern Entscheidungsfreiheit, anwaltliche Vertretung und Selbsthilfe.

Professionell Pflegende halten dagegen weiterhin an traditionellen Ansätzen fest wie medikamentöse Therapie, Überwachung und Strukturierung.

Weiterhin sollten die Konzepte Hoffnung und Hoffnungslosigkeit in die Ausbildungscurricula integriert sowie in die Gesundheitspolitik eingebunden werden.

Fazit

Die Bedeutung von Hoffnung wurde im angloamerikanischen Raum bereits erkannt und bewiesen. In Deutschland ist es nun wichtig und notwendig, vorhandene Forschungsergebnisse aufzugreifen und für Betroffene sowie professionell Pflegende in Deutschland zu adaptieren. Es mangelt aktuell an publizierten Forschungsergebnissen über Hoffnungsinterventionen im forensischen Kontext.

Literatur

Eisold, A. (2011). Hoffnung. In Sauter, D.; Abderhalden, C.; Needham, I. & Wolff, S. (Hrsg.), Lehrbuch Psychiatrische Pflege (S. 755-765). Bern: Verlag Hans Huber.

Eisold, A.; Schulz, M. & Bredthausen, D. (2009). Hoffnung als Pflegephänomen im Rahmen psychiatrischer Pflege. Ein systematischer Literaturüberblick. Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit, 2009, 3.Jg., S. 12-28.

Farran, C.J.; Herth, K.A. & Popovich, J.M. (1999). Hoffnung und Hoffnungslosigkeit. Konzepte für Pflegeforschung und -praxis (1. Aufl.). Wiesbaden: Ullstein Medical Verlagsgesellschaft.

Käppeli, S; Mäder, M. & Zeller-Forster, F. (2009). Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld (5. Nachdruck). Bern: Verlag Hans Huber.

Autorinnen und Autoren

Büter, Nicole; Gesundheits- und Krankenpflegerin, LWL-Maßregelvollzugsklinik Rheine, nicole.bueter@lwl.org

Pantke, Thomas; Gesundheits- und Krankenpfleger, LWL-Klinik für Forensische Psychiatrie Dortmund, Wilfried-Rasch-Klinik, thomas.pantke@lwl.org

10. Erhöhtes Schizophrenierisiko – Früherkennung auf dem Prüfstand

Ina-Elisabeth Deppe, Jacob Loeckle, Ann-Kristin Kömmling

Hintergrund

Die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen stellt das Gesundheitssystem aufgrund der psychosozialen Komplexität der Erkrankung vor vielfältige Herausforderungen. Mit geschätzten Gesamtkosten von jährlich zwischen 4 bis 9 Milliarden Euro zählt die Schizophrenie zu den teuersten psychiatrischen Erkrankungen. Dabei liegt die Lebenszeitprävalenz bei durchschnittlich 1% (Gaebel, Wölwer, 2010). Schizophrene Erkrankungen beginnen oft in einer besonders vulnerablen Phase des Lebens zwischen dem 12. und dem 25. Lebensjahr. Psychosen mit erster Manifestation im Kindes- und Jugendalter vor dem 18. Lebensjahr („early onset“ Psychosen) stellen mit ca. 15% einen relevanten Anteil der Psychosen und werden hinsichtlich ihrer Prognose zumeist negativer als Psychosen mit Erstmanifestation im Erwachsenenalter („adult onset“ Psychosen) eingestuft (Schulze-Lutter et al., 2011).

Unbestritten ist, dass schizophrenen Psychosen mehrheitlich eine oftmals mehrjährige Prodromalphase mit einsetzenden psychosozialen Funktionseinbußen vorangeht. Bei psychotischen Erkrankungen kommt es häufig zu einer Behandlungsverzögerung, welche weitreichende negative Auswirkungen auf Verlauf und Prognose haben kann. Häufig bestehen schon beim Erstkontakt mit Behandlern komplexe soziale Probleme (Schöttle et al.).

Fragestellung

Wie aussagekräftig sind die genutzten Instrumente zur Früherkennung der Schizophrenie, welche Interventionen stehen bei einem positiven Ergebnis zur Verfügung und wie stellt sich die aktuelle fachliche Diskussion dar?

Ergebnisse/Diskussion

Die Ziele einer Frühintervention liegen beim derzeitigen Stand der Forschung in einer Besserung der aktuellen Symptomatik, einer Vermeidung sozialer Behinderungen und in der Prävention oder in der Verzögerung und Abschwächung erster psychotischer Episoden. Für die Früherkennung von Schizophrenien lassen sich grundlegend 2 Ansätze aufzeigen: Der universelle Ansatz bezieht sich auf die gesamte Bevölkerung oder große Bevölkerungsgruppen und setzt unspezifisch bereits vor den ersten Anzeichen einer Erkrankung an. Der selektive Ansatz hingegen zielt auf Personengruppen ab, die im Vergleich zur Restbevölkerung ein deutlich erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer bestimmten Erkrankung aufweisen. Neben der Erfassung eines allgemeinen Erkrankungsrisikos gilt es unterschiedliche Phasen des Frühverlaufs diagnostisch zu differenzieren, da die erforderliche Intervention wesentlich vom erreichten Stadium des Frühverlaufs abhängt. Aus einer großen Zahl von Studien ist bekannt, dass eine schizophrene Psychose meist nicht akut und ohne jedes Vorzeichen beginnt. Die Sekundärprävention setzt nach Beginn der Erkrankung, jedoch vor Erreichen einer manifesten Psychose an. Auf diesen Abschnitt, der Prodromalphase, richtet sich aktuell der Fokus der Früherkennungsforschung. Die Schätzungen für die unbehandelte psychotische Frühphase liegen zwischen einem Jahr und 4,4 Jahren. Aus der Mannheimer ABC-Schizophreniestudie ist bekannt, dass bei 73 % der untersuchten Erstepisodenstichprobe die Erkrankung mit präpsychotischen Prodromalsymptomen beginnt (Maurer, Häfner, 2007). Die häufigsten Symptome des Beginns sind Ruhelosigkeit, depressive Stimmung, Angst, Störungen des Denkens und des Kon-

zentrationen, Sorgen, mangelndes Selbstvertrauen, Energieverlust und Verlangsamung. Gegenwärtig werden in der Früherkennung von Psychosen zwei Kriterienansätze für das Vorliegen eines Psychose-Risikos diskutiert: Die „ultra-high risk –Kriterien (UHR)“ und die „Basissymptom-Kriterien (BS)“. Bei den UHR werden drei Kriteriengruppen aufgezeigt → abgeschwächte psychotische Symptome, kurze intermittierende psychotische Symptome (BLIPS) und Genetisches Risiko mit Reduktion des psychosozialen Funktionsniveaus. Liegt mindestens eines dieser UHR-Kriterien vor, besteht ein erhöhtes Risiko an einer Schizophrenie zu erkranken. Die BS unterscheiden zwischen frühem und spätem Prodromalstadium. Während das späte Prodromalstadium den UHR-Kriterien BLIPS und abgeschwächten psychotischen Symptomen entspricht, sind im frühen Stadium eher unspezifische, subjektive und situationsabhängige Symptome entscheidend (Mossaheb, Amminger, 2011).

Probleme der Früherkennung zeigen sich in der geringen Aussagekraft bezüglich des wirklichen Risikos und der hohen falsch positiven Ergebnisse. Dabei ist davon auszugehen, dass bei einem falsch positiven Ergebnis zwar keine Schizophrenie erkannt wird, dafür allerdings ein generell erhöhtes Risiko für ein psychisches Leiden (McGorry et al, 2008). Die Risikokriteriensätze wurden vorwiegend an Erwachsenenstichproben entwickelt. Erste Studien sprechen dafür, dass diese Kriterien nur eingeschränkt auf Kinder und Jugendliche übertragbar sein könnten (Schulze-Lutter et al., 2011). Im Rahmen der Frühintervention haben sich vorrangig medikamentöse und psychotherapeutische Behandlungsansätze als hilfreich erwiesen. Aufgrund der geringen Studienzahl und des teilweise schwachen Designs sind diese Ergebnisse weiter zu evaluieren (Maurer, Häfner, 2007).

Fazit

„Hinsichtlich der begrenzten Effektivität derzeitiger Behandlungsstrategien und der Vielzahl bekannter, jedoch wenig spezifischer Risiko-

faktoren wird die indizierte Prävention bei Menschen mit ersten Anzeichen, aber ohne das Vollbild der Erkrankung von der Weltgesundheitsorganisation als effizientester Weg zur Reduktion der mit Psychosen verbundenen Behinderung und Kosten gesehen" (Schulze-Luttter et al., 2008, S. 81). Dem Früherkennungsansatz liegt die theoretische plausible und empirisch begründete Vorstellung zugrunde, dass ein früher Behandlungsbeginn mit einem günstigeren Outcome und Verlauf verbunden ist (Maurer, Häfner, 2007). Früherkennung von Schizophrenie beinhaltet die Chance, die Erkrankung in einer Zeit zu erkennen in der sie nicht voll ausgeprägt bis kaum vorhanden ist. Operationalisierte Kriterien erlauben die Einschätzung eines (Psychose-) Risikos und eröffnen die Möglichkeit einer frühzeitigen Behandlung. Die Identifikation von Risikosyndromen gestaltet sich schwierig. Insbesondere die hohe Rate an fälschlicherweise als prodromal identifizierten Personen kann negative Konsequenzen für die Betroffenen haben. Derzeit bilden Psychopathologie und Familienanamnese die wichtigsten Informationsquellen in der Früherkennung. Ethische Bedenken, vor allem gegen voreilige Behandlungsmaßnahmen, mahnen zur Vorsicht.

Literatur

Gaebel, W. & Wölwer, W. (2010). Schizophrenie. Berlin: Robert-Koch-Inst. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 50).

Maurer, K.; Häfner, H. (2007). Früherkennung der Schizophrenie und die Bedeutung für Verlauf und Outcome; *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*; 8 (2), S. 24-34

McGorry, P.D.; Killackey, E.; Yung, A. (2008). Early interventions in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry* 7 (3), S. 148-156

Mossaheb N., Amminger G.P., (2011). Früherkennung und Frühintervention bei Psychosen. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 12 (3), 2011, S. 294-298

Schöttle, D.; Ruppelt, F.; Karow, A.; Lambert, M. (2015). Home Treatment – aufsuchende Behandlung im Hamburger Modell der Integrierten Versorgung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 65 (3-4), S. 140-145

Schulze-Lutter, F.; Picker, H.; Ruhrmann, S. & Klosterkötter, J. (2008). Das Kölner Früh-Erkennungs- & Therapie-Zentrum für psychische Krisen (FETZ). Evaluation der Inanspruchnahme. *Medizinische Klinik* (Munich, Germany: 1983) 103 (2), S. 81-89

Schulze-Lutter, F.; Resch, F.; Koch, E.; Schimmelmann, B.G. (2011) Früherkennung von Psychosen bei Kindern und Adoleszenten. Sind entwicklungsbezogene Besonderheiten ausreichend berücksichtigt? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39 (5), S. 301-312

Autorinnen und Autoren

Deppe, Ina-Elisabeth; Fachkrankenschwester Psychiatrie, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, Gilead IV, inadeppe@me.com

Loeckle, Jacob, Gesundheits- und Krankenpfleger, Bezirkskrankenhaus Augsburg, jacob.loeckle@gmx.de

Kömmling, Ann-Kristin, Gesundheits- und Krankenpflegerin, LWL-Klinik Lengerich / Abt. Rheine, ak.koemmling@yahoo.de

11. Gerontopsychiatrische Notfälle

Sabine Fuchs, Christian März

Hintergrund

Nach Meisel erlangten Kenntnisse der Besonderheiten geriatrischer Klientel zunehmend Bedeutung für die Akutversorgung. Danach sei die Bevölkerungsentwicklung in den Industrienationen durch eine stetige Steigerung des Anteils und der Anzahl alter Menschen gekennzeichnet. Auch die Inanspruchnahme von Notfalldiensten durch hochbetagte Patienten nehme zu. Diese zeigten dabei oftmals schwerere Beeinträchtigungen in Kombination mit geriatrischer Multimorbidität, der nachlassenden Qualität der Sinneswahrnehmung und der strapazierten Kompensationsfähigkeit durch umweltbedingte Veränderungen (Meisel, 2009).

Verbinden sich oben beschriebene Umstände mit psychiatrischen Notfällen, ist es für psychiatrisch Pflegende sinnvoll, Hintergrundwissen und ein Handlungskonzept parat zu haben, um in entsprechenden Situationen adäquat reagieren zu können.

Fragestellung

Anhand des Vortrags soll ein Überblick über häufig auftretende gerontopsychiatrische Notfälle und den Umgang mit denselben verschafft werden, auch unter Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten. Letzteres wird vor allem beim Thema Suizidalität ethisch relevant.

Methode

Mithilfe der Suchmaschinen LIVIVIO, Google Scholar (Stichworte Gerontopsychiatrie, psychiatrische Notfälle, geriatrische Akutmedizin) und per Handsuche wurde aktuelle Literatur gesichtet und ausgewertet. Die relevanten Informationen wurden abschließend zu einem Vortrag zusammengefasst.

Ergebnisse

Weil häufig auftretend und oft dramatisch im Verlauf wurden drei Phänomene gerontopsychiatrischer Notfälle ausgewählt: Delir, pharmakologisch-toxische Einwirkungen und Suizid. Allen gemeinsam ist die Tatsache, dass sie durchaus auch während anderer Lebensabschnitte auftreten können:

1. Pharmakologisch-toxische Einwirkungen spielen im Alter eine größere Rolle als vermutet. Noelle (2015) führt aus, dass vor allem Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten und Alkohol bei Menschen über sechzig verbreitet seien und Perrar et al. (2007) nennen eine Prävalenz von 9 - 22% für Alkoholabhängigkeit in der Altersgruppe der 65 bis 74-jährigen. Altersspezifische Probleme seien dabei Veränderungen des Stoffwechsels und Polypharmazie, so dass sich sowohl die Wirkung des Alkohols wie auch die der Medikamente von denen auf jüngere Menschen unterschieden. Hierdurch ergebe sich eine größere Gefahr für Folgeschäden, beispielsweise durch stärkere toxische Wirkung oder Erhöhung der Sturzgefahr. Pflegerische Interventionen bei Prävention und Therapie berücksichtigten dabei auch Alter und Biographie des Patienten.

2. Der Suizid ist ein klassisches Altersphänomen, oder wie Lindner (2015) es ausdrückt, der Suizid trage die Handschrift des Alters. Die Altersverteilung der Suizidraten folge dem sog. „ungarischen Mus-

ter“, d.h. mit zunehmendem Alter stiegen die Suizidraten, besonders für Männer, an. In vielen Situationen erscheinen die Beweggründe nachvollziehbar, bspw. bei schwersten Erkrankungen im Endstadium, Einsamkeit, Schmerzen, Gebrechlichkeit und dem Gefühl wertlos und stets auf Hilfe angewiesen zu sein. Bei der Erkennung und Einschätzung des Suizidrisikos komme der Pflege eine Schlüsselstellung zu, hierbei spielten sowohl Intuition als auch Assessmentinstrumente eine Rolle. Für den Umgang mit suizidalen Patienten wichtig sei eine engmaschige Betreuung unter besonderer Beachtung, Wertschätzung und Berücksichtigung der Lebensgeschichte (Noelle, 2015; Benkert & Hippis, 2015).

Beim Thema Suizid kollidieren unterschiedliche Rechte wie das Recht auf Freiheit, das Recht auf Unversehrtheit, das Recht auf Leben und eine freie Meinung. Für alle Beteiligten stets ein ethisches Dilemma, das die Pflegenden auch mit der Frage konfrontiert, wie dies am Ende des eigenen Lebens geregelt werden wird. Inwiefern spielt es eine Rolle für die Qualität der Arbeit, hinsichtlich der Gestaltung des eigenen Alters mit sich im Reinen zu sein?

3. Die Gefahr der Entwicklung eines **Delirs** steige mit zunehmendem Alter an und sei am größten für ältere, hospitalisierte Patienten mit akutem Substanzentzug. Daneben existierten weitere, teils altersspezifische Risikofaktoren (Kornhuber & Weih, 2011; Messer & Schmauß, 2011). Dabei bestehe prinzipiell die Gefahr der Fehldiagnose Demenz.

Die Therapien für Delir und Demenz wichen deutlich voneinander ab, somit sei eine sichere Diagnosestellung notwendig. Ein hilfreiches Instrument zur Diagnose des Delirs sei der Confusion-Assessment-Method-Algorithmus (CAM) (Meisel, 2009). Neben der medikamentösen und nichtmedikamentösen Akuttherapie komme bezüglich der Prävention der Pflege eine wichtige Rolle zu. Für diese bestünden verschiedene Ansatzpunkte um das Delirrisiko für den Patienten im klinischen Alltag zu senken (Noelle, 2015).

Fazit

Da Krisensituationen naturgemäß mit einem Mangel an Zeit einhergehen, ist es wichtig feste Algorithmen zur Verfügung zu haben, die auch unter Stress und erhöhtem Druck die Handlungsfähigkeit sicherstellen. Die wichtigsten Symptome und Differentialdiagnosen sollten der Pflege bekannt sein, da eine Fehlinterpretation oder gar ein Übersehen von Symptomen fatale Folgen für den Patienten haben kann. Bei den angesprochenen Notfällen gilt es jeweils altersspezifische Besonderheiten zu berücksichtigen, hier spielt die Pflege nicht nur in der Situation eine tragende Rolle, sondern auch bei der Vor- und Nachsorge.

Hilfreich für die Entscheidungsfindung in Notsituationen kann eine Patientenverfügung oder Vorausverfügung sein, auch wenn in jedem Einzelfall durch den Arzt geprüft werden muss, ob deren Voraussetzungen noch denen des Zeitpunkts der Abfassung entsprechen (Bundesministerium für Gesundheit & Bundesministerium der Justiz, 2007). Aus diesem Grund raten die Autoren hinsichtlich psychiatrischer Notfälle zu einer Patientenvorausverfügung. So kann verhindert werden, dass in Momenten der Entscheidungsunfähigkeit auf den mutmaßlichen Willen zurückgegriffen werden muss. Für besonders geeignet auch für Patienten im Senium erscheint die „Vorausverfügung“, welche Teil Acht des „Handbuchs zur Planung Deiner eigenen Recovery“ ist (Perkins et al., 2010). Der Download ist kostenlos und die Sprache ist einfach und eindeutig. Alternativ bietet sich die „Patientenverfügung in einfacher Sprache“ des evangelischen Krankenhauses Bethel an, auch hier ist der Download kostenfrei. So kann in „guten Zeiten“ vorgesorgt und Handlungssicherheit hergestellt werden.

Downloadlinks

Das Leben wieder in den Griff bekommen – Ein Handbuch zur Planung Deiner eigenen Recovery:

https://www.promentesana.ch/fileadmin/user_upload/Wissen/Selbsthilfe/Handbuch_zur_eigenen_Recovery.pdf

Patientenverfügung in einfacher Sprache:

https://www.bethel.de/fileadmin/Bethel/downloads/Aktuelle_Flyer_Broschueren_etc/EvKB_Patientenverfuegung_ie_Sprache.pdf

Literatur

Benkert, O. & Hippus, H. (2015). Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. 10., vollständig überarb. und aktualisierte Aufl. Berlin: Springer Medizin.

Bundesministerium für Gesundheit & Bundesministerium der Justiz (2007). Patientenrechte in Deutschland. Leitfaden für Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzte. (7. Aufl.). Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium der Justiz. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/uploads/publications/BMG-G-G407-Patientenrechte-Deutschland.pdf>, zuletzt geprüft am 29.12.2015.

Kornhuber, J. & Weih, J. (2011). Delir. In Möller, H.-J., Kapfhammer, H.-P. & Laux, G. (Hrsg.): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 1: Allgemeine Psychiatrie, Band 2: Spezielle Psychiatrie. 4., erweiterte und vollständig neu bearbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg, S. 20–31.

Lindner, R. (2015). Auf der Schwelle. Psych Pflege 21 (06), S. 292–297.

Meisel, M. (2009). Prinzipien der geriatrischen Akutmedizin. In: Frank Ackermann: Akutmedizin - die ersten 24 Stunden. Das NAW-Buch. 4., überarb. Aufl. Hg. v. Christian Madler. München: Elsevier, Urban & Fischer, S. 1019–1027.

Messer, T. & Schmauß, M. (2011). Auswirkungen körperlicher Funktionsstörungen auf die Psyche. In Möller, H.-J.; Kapfhammer, H.-P. & Laux, G. (Hrsg.): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 1: Allgemeine Psychiatrie, Band 2: Spezielle Psychiatrie. 4., erweiterte und vollständig neu bearbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg, S. 793–808.

Noelle, R. (2015). Grundlagen und Praxis gerontopsychiatrischer Pflege. (1. Aufl.). Köln: Psychiatrie Verlag.

Perkins, R.; Rinaldi, M. & Abderhalden, C. (2010). Das Leben wieder in den Griff bekommen. Ein Handbuch zur Planung der eigenen Recovery. Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD), Abt. Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik, zuletzt geprüft am 29.12.2015.

Perrar, K. M.; Sirsch, E. & Kutschke, A. (2007). Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe. (1. Aufl.). Stuttgart, New York: Thieme.

Autorinnen und Autoren

März, Christian; Gesundheits- und Krankenpfleger, Psychiatrie des Bundeswehrkrankenhauses Ulm, christian@maerz-reuter.de

Fuchs, Sabine; Heilerziehungspflegerin, Herzogsägmühle – Diakonie in Oberbayern, Bereich "Wohnen stationär", fuchs.ruf@t-online.de



Impressum

Für den Inhalt der Beiträge sind die Autorinnen und Autoren verantwortlich. Wir bemühen uns um eine gendergerechte Sprache, wo nur ein Geschlecht genannt wird, ist jeweils das andere mit angesprochen.

Die Präsentationen sowie der Abstractband stehen zum Download zur Verfügung unter www.insights.fh-diakonie.de

Herausgeber

Studiengang Psychische Gesundheit / Psychiatrische Pflege PP 13.2

Fachhochschule der Diakonie Bielefeld
Grete-Reich-Weg 9
33617 Bielefeld