

# BASYS

Berichte des Arbeitskreises für Systemische Sozialarbeit, Beratung und Supervision

---

Worte der Redaktion .....	3
Protokoll der Generalversammlung ASYS am 7.2.2006.....	4
Wenn das Blatt sich wendet.....	6
Was man gelesen haben muß.....	34

## **BASYS**

Berichte des Arbeitskreises für Systemische Sozialarbeit, Beratung und Supervision

Herausgeber und Eigentümer:

Arbeitskreis für Systemische Sozialarbeit, Beratung und Supervision,

Paulinensteig 4a, A-1160 Wien

Redaktion:

Prof. Dr. Walter Milowiz

Verleger, Druck und Vertrieb:

Prof. Dr. Walter Milowiz, Paulinensteig 4a, A-1160 Wien

Alle Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Übersetzungen, Nachdruck, Vervielfältigung jeder Art, Vortrag, Funk- und Fernsehsendungen sowie Speicherung in Datenverarbeitungssystemen, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

## Worte der Redaktion

Liebe FreundInnen und KollegInnen,

Mir ist wieder einmal die Zeit davongelaufen, daher berichte ich in aller Kürze:

Der Supervisions-Aufbaulehrgang für "ältere" Absolventen des Basislehrganges hat begonnen. Das "Projekt G2", wie es sich inzwischen nennt, ein EU-Lernpartnerschaftsprojekt, an dem sich aus Österreich ASYS, die Volkshochschule Wien-Ottakring und der Campus Favoriten beteiligen werden, ist eingereicht und von österreichischer Seite genehmigt. Damit wird es weitergeleitet an Brüssel. Wenn auch die Anträge unserer Partnerinstitutionen in Deutschland und Italien genehmigt werden, dann läuft das ganze im Herbst los.

Inzwischen waren wir noch an der Tagung der VHS Ottakring „Learning Diversity“ beteiligt mit einem kleinen Workshop, das Michaela Judy und ich geleitet haben. Näheres zur Tagung finden Sie im Heft.

Wir haben vor einem Jahr von der Fachtagung zur Systemischen Sozialarbeit in Bamberg berichtet, wo wir Koll. Johannes Herwig-Lempp und Björn Kraus kennenlernten. Der positive Kontakt hat dazu geführt, dass ich bei der nächsten Fachtagung in Freiburg im Frühjahr 2007 als Referent eingeladen bin, so dass unser Wiener theoretischer Ansatz der Systemischen Sozialarbeit mit dem in Deutschland gepflegten Luhmann-Lüssischen in Verbindung tritt. Ich denke, das kann noch sehr spannend werden.

In diesem Sinn,  
Walter Milowiz

## Protokoll der Generalversammlung ASYS am 7.2.2006

Tagesordnung:

1. Bericht des Vorstandes
2. Bericht des Kassiers und Rechnungsprüfers
3. Entlastung und Neuwahl des Vorstandes
4. Allfälliges
5. Inoffizielles Palaver mit Buffet

Anwesend: Walter Milowiz, Michaela Judy, Christian Reiningger, Anna Maria Götz

Beginn 19.30Uhr

### **BERICHT DES VORSTANDES:**

#### **EU Lernpartnerschaft „Integration – ein Wort auf der Suche nach Inhalten“**

#### **Ergänzende Ansätze aus Bildung und Sozialarbeit – Ein systemischer Theorie-Praxis Diskurs**

Einreichung des Projektes mit 1.3.06

Teilnehmer:

FH Campus Wien – Studiengang Sozialarbeit

ASYS

VHS Ottakring mit den Abteilungen „Alfabetisierung“ und „Zweiter Bildungsweg“

- FH Bozen
- Weiterbildende Frauenstudien der Universität Dortmund
- Ev. Fachhochschule Reutlingen-Ludwigsburg mit dem Bereich „Sozialarbeit“

Die Vertretung von ASYS erfolgt durch Christian Reiningger.

Im Frühjahr 2007 ist eine Tagung mit dem selben Titel im Hause des Campus Favoriten in Wien geplant. Es sollen die Zwischenergebnisse der Lernpartnerschaft vorgestellt und weiterdiskutiert werden. Die Diskussion der Tagung soll wiederum in die weitere Arbeit der Lernpartnerschaft einfließen.

Die Tagung fällt auf den 11,1 Jahrestag von ASYS.

Als Anschluss an die Fachtagung ist ein neuer kompletter Lehrgang – Basisausbildung und Supervisionslehrgang geplant. Beginn mit Herbst 2007.

#### **Supervisionsausbildung**

Aufbaulehrgang mit 8 TeilnehmerInnen hat begonnen.

Kooperationsanfrage von der FH durch Fr. Bittner: Lehrsupervision für Studenten anzubieten.

#### **Literatur Arbeitskreis**

trifft sich weiterhin regelmäßig.

Zur Zeit wird ein Artikel von Christian Reiningger diskutiert „Jeder ist seines Glückes Konstrukteur oder war da noch mehr“

#### **Diversity Lehrgang neu**

startet mit 24.5.2006

Auskünfte bei Michaela Judy

Dem Vortrag „Diversity outlook“ bei der Tagung an der Uni Dortmund folgte eine Einladung zum Thema „interkulturelles Lernen und diversity“ und ein Lehrauftrag zum Modul „Konflikte und Spannungsmanagement in diversity“.

Das SemiNarr – „Knapp daneben“ fand in Juni 2005 statt. Näheres ist im BASYS 19 nachzulesen. Im Frühsommer ist ein FolgeSemiNarr geplant.

#### **BERICHT DES KASSIERS UND RECHNUNGSPRÜFERS:**

Aufgrund der Abwesenheit von Bernhard Lehr und der fehlenden Belege wurde die Entlastung vorbehaltlich einer positiven Kassenprüfung beschlossen. Bei Unklarheiten müsste eine außerordentliche Generalversammlung einberufen werden.<sup>1</sup>

Michaela Judy schlägt für den Supervisionslehrgang die Eröffnung eines eigenen Verrechnungskontos vor.

Die Idee wird behalten, aber zur Zeit für nicht notwendig erachtet.

#### **ENTLASTUNG UND NEUWAHL DES VORSTANDES:**

Der Antrag auf Entlastung wird einstimmig angenommen.

Eine Änderungen der Funktionen wird vorgeschlagen: Walter Milowiz – Kassier, Bernhard Lehr – Generalsekretär, Anna Maria Götz – Schriftführerin.

Der Wahlvorschlag wird einstimmig angenommen.

#### **ALLFÄLLIGES:**

Susanne Zuzek bittet von der ordentlichen Mitgliedschaft zurückzutreten. Sie wird weiter ein förderndes Mitglied bleiben. Ihr Wunsch wird zur Kenntnis genommen.

#### **ANSCHLIEBENDES PALAVER**

und Stärkung am ausgezeichneten Buffet.

f.d.P. Anna Maria Götz

---

<sup>1</sup> Kassa geprüft und bestätigt von M. Höflinger am 25.4.2006

## Wenn das Blatt sich wendet....

Von Renate Gruber

Diplomarbeit zum Abschluss des Fortbildungslehrganges "Systemische Sozialarbeit" des Arbeitskreises für Systemische Sozialarbeit, Beratung und Supervision. Wien 2005

### EINLEITUNG

Meine Motivation mich für den Lehrgang „Systemische Sozialarbeit“ anzumelden, ergab sich aus dem Bedürfnis nach mehrjähriger Berufstätigkeit neue Anregungen für meine Arbeit zu bekommen. Außerdem wurde dieses Interesse durch eine Arbeitskollegin verstärkt, die immer wieder systemische Denkweisen in unsere Teamsitzungen einbrachte.

Angeregt durch die Seminare, versuchte ich das „Erfahrene“ in der Arbeit auszuprobieren und anzuwenden.

Für die tägliche Arbeit mit meinen KlientInnen hat sich diese Ausbildung als Bereicherung erwiesen, obwohl für mich auch viel Zeit notwendig war, die Systemtheorieseminare ins praktische Arbeiten zu integrieren.

Der Effekt von Leichtigkeit in der Arbeit kehrte verstärkt in den Arbeitsalltag zurück.

Mein Arbeitsalltag der letzten 10 Jahre gliederte sich in zwei Arbeitsgebiete:

#### Betreutes Wohnen

Aufbau und Leitung eines sozialtherapeutischen Wohnheimes für psychisch kranke Rechtsbrecher

Es war mir ein Anliegen meine neu gewonnenen Erfahrungen in beiden Arbeitsbereichen auszuprobieren und in dieser Arbeit schriftlich festzuhalten.

Diesen unterschiedlichen Arbeitsbereichen liegt jedoch die gleiche Einstellung bzw. Arbeitshaltung zu Grunde – den KlientInnen mit Respekt und Achtung zu begegnen, ihr Denken ernst zu nehmen, ihren Ideen und Lösungsansätzen Platz zu geben.

Verletzte Würde, Demütigung und Entmündigung prägte vielfach ihr Leben und sollte durch eine „harte Landung auf der sozialen Schiene“ in der Begegnung mit den HelferInnen keine Fortsetzung erfahren.

Zwei Fallbeispiele aus dem Betreuten Wohnen werden durch einen viel schwieriger umsetzbaren Teil des Systemischen Arbeitens im Wohnhaus (als ganze Einrichtung) ergänzt.

#### 1. DER SYSTEMISCHE ANSATZ BEIM EINSTIEG IN DIE BETREUUNGSARBEIT

„Es sind nicht die Dinge, die uns beunruhigen, sondern die Meinung, die wir von den Dingen haben.“ (Epiktet)

Im ersten Teil meiner Arbeit beschäftigte ich mich mit folgender Fragestellung:

Wie hilfreich kann eine Reflexion über die adäquate Arbeitshaltung des / der SozialarbeiterIn zum Einstieg in die Betreuung in den als eher „schwierig“ eingeschätzten „Fällen“ sein?

Anhand eines Fallverlaufes möchte ich die für mich hilfreichen Schritte, Fragestellungen und Vorgangsweisen erläutern. Mein Leitfaden dafür war letztlich das Prinzip der Sparsamkeit: „Was mit wenig Aufwand getan werden kann, wird mit viel Aufwand vergeblich getan“. (de Shazer 1985)

„Wenn etwas schwer geht, dann stimmt etwas nicht, dann arbeitet der Sozialarbeiter gegen etwas“. (Milowiz 2003)

Wir kennen alle die Situation, wenn wir in der Sozialarbeit mit einem „multi-problematischen“ Menschen oder Familiensystem konfrontiert werden. Die erste Reaktion ist oft ein „Schnaufen“: „Wie kann die Betreuung gut gehen, ohne großen Energie- und Nervenaufwand?“ Wir sehen uns oft einem nicht geringen „Haufen“ an Problemen gegenüber. Wo fängt man am besten an?

Aus meiner Erfahrung: Am besten bei sich selbst.

#### **Fallbeispiel Frau A.: „Ich lasse mich nicht entmündigen“**

Eine ca. 54 jährige Klientin, Mutter eines „halbwüchsigen“ Sohnes, geschieden, die Tochter bei einem Autounfall, bei dem sie selbst das Auto lenkte, verstorben, arbeitete bereits als Reinigungsfrau im benachbarten Arbeitsprojekt.

Der Sozialarbeiter des Arbeitsprojektes betreute sie, sprach regelmäßig mit ihr, versuchte sich in der Schuldenregulierung und erstellte „ihr“ einen Finanzplan, an den sie sich nicht hielt.

*„Die KlientInnen nehmen unpassende Angebote einfach nicht an. Es gibt dann keine Veränderung und oft werden Aufgaben und Vorschläge einfach nicht durchgeführt.“ (ebd.)*

Sie lebte mit ihrem Sohn in einer viel zu teuren Privatwohnung, deren Miete sie auch nicht bezahlte bzw. bezahlen konnte. Frau A. wollte eine günstigere Wohnung im Betreuten Wohnen. Also schickte sie ihr Sozialarbeiter ein paar Türen weiter zur Anmeldung ins Betreute Wohnen. Da sie bereits früher eine Gemeindewohnung bewohnt hatte und aus dieser delogiert wurde, war auch im Betreuten Wohnen die Schuldentrückzahlung an die Gemeinde eine vordringliche Aufgabe.

Durch ihre Arbeit in unmittelbarer Nähe waren mir Fr. A. und ihr Ruf bereits bekannt.

Voreingenommenheit sollte sich bei der SozialarbeiterIn auf ein Minimum beschränken. In diesem Fall wurde mir aber sehr schnell klar, dass ich bei dieser Klientin etwas anders machen musste, wenn die Betreuungszeit erfolgreich verlaufen sollte.

Sie erledigte ihre Reinigungsaufgaben nur sehr unzureichend, konnte mit Geld nicht umgehen, machte eigentlich was sie für „richtig“ hielt. Ihren Arbeitsplatz konnte sie mit der Arbeitsleistung nicht lange halten. Sie wurde gekündigt.

Die notwendigen Voraussetzungen für eine Aufnahme in eine Wohnung des Betreuten Wohnens erfüllte sie jedoch. Ich nahm vorerst an, dass ich mit ihr viel Arbeit haben würde, um eine sinnvolle Arbeitsbasis herstellen zu können. Mehrmals besprach ich noch vor der Aufnahme der Klientin diesen Fall und meine Haltung oder Einstellung im Team. Das Team beneidete mich nicht gerade um die Arbeit mit dieser Frau und ihrem Sohn.

Im Zuge der Auseinandersetzung mit meiner eigenen Arbeitshaltung filterte ich heraus, was für mich in dieser Wohnungsbetreuung wichtig ist. Was wirklich funktionieren muss:

- die monatlichen Mietenzahlungen, sowie Gas- und Stromzahlungen
- die Rückzahlung der Gemeindewohnungsschulden und
- die Einhaltung der mit mir vereinbarten Betreuungstermine

Diese Vereinbarungen vermittelte ich ihr bei der Aufnahme.

Dazu passend fällt mir folgende Stelle im Buch „Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen“ von Berg/Miller auf:

„Eine in ihrer Echtheit nicht verbürgte Geschichte über Steve de Shazer veranschaulicht das Prinzip der Sparsamkeit: Ein Besucher beschenkte de Shazer einmal mit dem Zitat von Henry David Thoreau „Vereinfachen, vereinfachen, vereinfachen“, im Glauben, dass das Zitat beispielhaft die sparsame Art von de Shazers Arbeit erläuterte.

Wie die Geschichte erkennen lässt, bevorzugt de Shazer das einfachste- und direkteste Mittel zum Zweck, und diese Sicht der Dinge durchdringt den lösungsorientierten Ansatz, den er entwickelt hat. Und in der Tat zitiert er immer wieder William von Ockham, den Philosophen aus dem 14. Jahrhundert: „Was mit weniger Aufwand getan werden kann, wird mit viel Aufwand vergeblich getan.“(nach Berg/Miller: 2000, s. 22f)

Fortsetzung des Fallbeispiels:

Ich gab ihr keine Tipps, Ratschläge, kein „So nicht“, keinen Finanzplan. Der vorher im Arbeitsprojekt gut gemeinte Finanzplan wurde von ihr deswegen abgelehnt, weil sie diese Vorgabe als eine Entmündigung ansah. Sie kämpfte schon lange um ihr Überleben und hatte auch noch immer Ressourcen, wie sie mir später zu verstehen gab. Sie hatte nur Angst vor der Obdachlosigkeit. „Eigentlich eine mutige Frau“, war mein erster positiver Gedanke.

Sie willigte in diese Vereinbarungen ein und gab mir zu verstehen, dass sie „dies“ alles schaffen würde. Diesmal fragte ich noch nicht nach, wie sie „es“ schaffen wollte.

Der Einstieg in diese Art der Betreuung war also geschafft.

Die Mieten kamen ganz regelmäßig, sie hatte auch in zwei monatlichen Raten begonnen die Schulden bei der Gemeinde zurückzuzahlen, wenn auch in unterschiedlicher Höhe. Bei unseren Terminen präsentierte sie stolz ihre eingezahlten Erlagscheine.

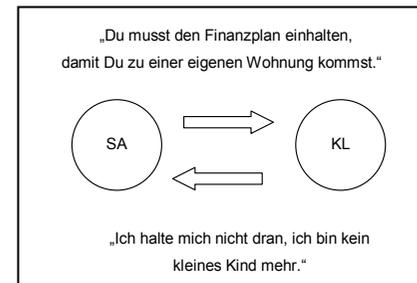
Und wir hatten plötzlich auch Zeit für andere Gesprächsinhalte, wie den nicht überwundenen Schmerz und ihre Schuldgefühle im Zusammenhang mit dem Tod ihrer Tochter, Erziehungsprobleme mit ihrem Sohn, der verschiedene Lehrstellen nicht durchhielt.

Der Kontakt zu ihr entwickelte sich locker und entspannt, sie war gegen alle Erwartungen nicht anstrengend, nahm auch Hilfe in Anspruch, wenn sie sie brauchte. Da sie die Hälfte ihrer Wohnungsschulden aus eigener Kraft von einem Lebensminimum zurückzahlte, übernahm das Sozialreferat die Bezahlung der noch offenen Schulden und ich konnte sie nach zwei Jahren im Betreuten Wohnen für eine Gemeindewohnung einreichen.

Durch mein „Zurücklehnen“, („Weniger ist oft mehr“) meine Beschränkung auf das Minimum, blieb diese Klientin eine Handelnde, die ihre eigenen Ressourcen nutzen wollte und auch konnte. Zu meiner Überraschung hatte sie für die Gemeindewohnung sogar eine kleine Summe angespart.

Im nachhinein denke ich mir, ich hatte Glück mit meinem Kollegen aus dem Arbeitsprojekt. Denn am Betreuungsverlauf konnte ich schnell erkennen, was ich alles gar nicht mehr zu versuchen brauchte, weil es nicht funktionierte (wie „Lehrreiches“ über Umgang mit Geld und Finanzplan).

Wenn ich den schon existierenden Finanzplan weiterhin von ihr eingefordert hätte, wäre vermutlich folgendes Interaktionsmuster entstanden:



Wenn sich vor dem tatsächlichen Betreuungsbeginn in mir Widerstand gegen KlientInnen regt, weil sie als so schwierig erscheinen, dann muss ich mir die Zeit nehmen, meine eigene Arbeitshaltung zu reflektieren.

Ein guter Einstieg macht in weiterer Folge nur halb so viel Arbeit, Ärger oder Sorgen.

Zum Thema „Betreuungsanfang“ erarbeitete sich unser Team in einer unserer Supervisionsstunden bei einer systemischen Therapeutin folgende hilfreiche Fragestellungen:

Worum geht es?

Was führt Sie denn zu mir?

Was wollen wir denn heute besprechen?

Weshalb sind Sie hergekommen?

Welche Hilfe benötigen Sie?

Welche Beratungsstellen haben Sie schon kennen gelernt?

Was hat Ihnen damals geholfen?

Was nicht?

Was muss ich tun, um Sie zu verärgern?

Was ist damals nicht gut gelaufen, damit wir nicht das Gleiche wieder tun?

Wenn jemand einen Rat will:

Können Sie sich an eine Situation erinnern, wo Sie einmal einen Rat bekommen haben ?

Wie war es damals, konnten Sie den Rat annehmen?

Haben Sie schon einmal Hilfe in Anspruch genommen, Hilfe gesucht?

Wie war das damals?

Wenn Ihnen damals die falsche Hilfe angeboten wurde, was wäre für Sie die richtige?

Aus systemisch-konstruktivistischer Sicht handelt jeder Mensch aus seiner Sicht sinnvoll. So ist es wohl auch noch keinem Menschen gelungen seinen Partner zu ändern.

Wir können Menschen nicht nachhaltig in eine bestimmte Richtung ändern. Das bedeutet natürlich nicht, dass Menschen generell nicht beeinflussbar sind oder völlig unabhängig von ihrer Umgebung entscheiden. Aber die letztendliche Entscheidung über sein Verhalten liegt beim Menschen selbst.

*„Menschen müssen von sich aus Sinn darin finden und bereit sein, sich zu ändern oder eine bestimmte Handlung zu setzen, damit sie diese neue Handlung tatsächlich setzen.“ (Radatz 2002, s.41)*

Die häufigste Frage, die am Beginn eines Erstgespräches, aber auch im späteren Betreuungsverlauf gestellt wird, ist wohl die Frage: „Wie geht es Ihnen?“

Wie ich häufig feststellen musste, veranlasste diese Frage die KlientInnen (vor allem im deutschsprachigen Raum), meist zu weitausholenden Problemschilderungen. Eine Fülle von Problemen und Schwierigkeiten werden gleich auf den Tisch gelegt.

Wenn wir also wissen, dass unsere Kunden (fast) immer mit einer Problemschilderung beginnen, dann müssen wir nicht einmal explizit nach diesem Problem fragen, um es geschildert zu bekommen. Dieses Phänomen macht sich de Shazer zunutze, der seine lösungsorientierten Kurzzeitberatungen stets mit der Frage beginnt: „Was müsste hier passieren, damit es sich für Sie auszahlt, da gewesen zu sein?“

Für meinen Arbeitsbereich müsste ich die Frage allerdings abwandeln, denn die Menschen im Betreuten Wohnen kommen, weil sie ganz einfach eine Wohnung haben wollen und weil sie vor allem erst einmal Informationen benötigen, wie sie dies schaffen können.

Deswegen beginne ich häufig mit Fragen wie:

- „Was führt Sie zu mir?“ oder
- „Wer hat Ihnen unsere Adresse empfohlen?“
- „Was müsste hier passieren, damit Sie sagen können, dieses Jahr im Betreuten Wohnen hat mir etwas gebracht?“

Offene Fragen eröffnen die Kommunikation und bringen Kommunikation weiter.  
 Sie beginnen immer mit sogenannten „W“- Fragewörtern:  
 Wer  
 Wann  
 Wo/Wohin  
 Wem/Wen  
 Was  
 Wessen  
 Inwiefern  
 Welche (mit welchem Ziel, in welcher Form.)  
 Woran  
 Wie kommt es dazu  
 Bis wann  
 (nach Radatz 2002, s. 172)

Hingegen sind die Fragewörter „Warum“, „Wieso“ und „Weshalb“ nicht im Repertoire systemischer Fragen zu finden, weil sie mit zu vielen negativen Konsequenzen verbunden sind (lösen z.B. eine Verteidigungshaltung aus, Rechtfertigungen, lange Erklärungen). Systemische Fragen bringen den Klienten zum Denken.

2. „HANDLE STETS SO, DASS DU DIE ANZAHL DER MÖGLICHKEITEN VERGRÖßERST“  
 (v. FOERSTER 1988, s. 33)

Anhand dieses Fallbeispiels wird der doch häufig erlebte Widerstand von KlientInnen sichtbar, ein zirkulärer Prozess verselbständigt sich, man dreht sich miteinander im Kreis. „Je mehr ein Helfer versucht, KlientInnen zur Vernunft zu bringen, desto mehr müssen diese sich zur Wehr setzen.“ (Milowiz: 1998, s.72)

„Wenn es nicht funktioniert, lass es sein, mache etwas anderes!“ – lautet der 3. Leitsatz der zentralen Philosophie im Systemischen Arbeiten, der mich letztlich veranlasste meine Strategie in der Betreuung zu ändern. (Berg/Miller: 2000, s.33)

**Fallbeispiel: Frau B. „Ein Teufelskreis löst sich endlich auf“**

Etwas mehr als zwei Jahre betreute ich eine Klientin im Betreuten Wohnen, die innerhalb dieser Zeit vier manische Krankheitsschübe erlitt, die immer

während ihrer Arbeitsversuche als Heimhelferin ausbrachen und einige negative Konsequenzen nach sich zogen. Ihre Wohnung wurde chaotisch, sie gab ihr ganzes, „schwer verdientes“ Geld aus, hatte Konflikte mit Nachbarn und Freunden, äußerte größenwahnsinnige Vorstellungen. Letztlich wurde sie fast immer von der Polizei in die Psychiatrie eingewiesen. Es kam eigentlich alles in ihrem Leben durcheinander und das erwünschte Ziel, sie für eine Gemeindewohnung einzureichen, rückte wieder in die Ferne.

In den manischen Phasen, die sie in der ganz akuten Zeit auch stationär verbrachte, war es für mich schwer, sie zu begleiten. Meine Tätigkeit beschränkte sich auf Anwesenheit, sie während der Spitalszeit zu besuchen, sie mit Zigaretten, Taschengeld und Kleidung zu versorgen und zu verhindern, dass sie sich noch mehr schadete (z.B. keine Krankmeldung beim Arbeitgeber oder alles Geld auszugeben).

Eine Situation, in der der/die SozialarbeiterIn selbst die Rolle des sozialen Hilfsnetzes übernimmt (so viel wie nötig und so wenig wie möglich), indem er / sie eine stabile Beziehung zum Symptomträger aufrecht hält . Eine situationsbedingte

Notwendigkeit, die aber dauerhaft ausgeübt mit Vorsicht zu genießen ist, da sie den / die SozialarbeiterIn dadurch langfristig beansprucht.

***Psychotische Situationen sind äußerst mächtig und es ist kaum möglich sich nicht in sie verwickeln zu lassen. (Cecchin / Kruckenberg 1996, s.25)***

Sie hatte nun die maximale Verbleibdauer im Betreuten Wohnen eigentlich schon überschritten und das Ziel, sie für eine Gemeindewohnung zu befürworten, rückte nicht in erreichbare Nähe. Jeder ihrer Arbeitsversuche endete in einer psychotischen Krise.

***Für Ceccin und Kruckenberg ist eine „psychotische Situation“ jener Zeitraum, in dem eine Person oder eine Familie oder eine soziale Gruppe sich gewissermaßen in einer ausweglosen Lage sieht. Die Welt der Bedeutungen verliert an Kohärenz, Beziehungen werden unklar, Menschen verlieren das Vertrauen in ihre eigenen Wahrnehmungen und sehr oft beginnen die davon betroffenen Personen, sich auf „symptomatisches Verhalten“ zurückzuziehen, auf Symptome, wie sie gewöhnlich in der psychiatrischen Literatur beschrieben werden.(vgl. Cecchin/Kruckenberg 1996, s. 28)***

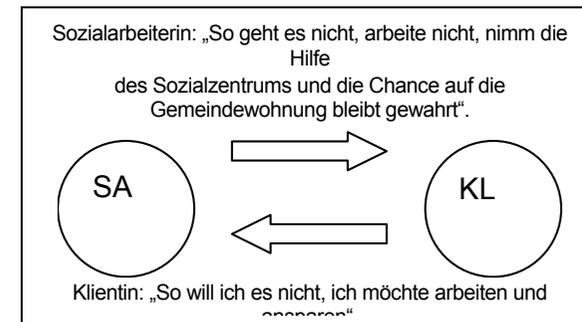
Wir drehten uns im Kreis. Ich besprach diesen Fall in der Supervision und holte mir von unserem Team die Zusage Frau B. noch weitere sieben Monate auf dem Wohnplatz behalten zu können, um mir einen Weg auszudenken und auszuprobieren, wie das Ziel doch noch erreichbar wäre, denn die Mieten bezahlte sie und Wohnfähigkeit war gegeben.

Es wurde mir klar, dass ich meinen professionellen Abstand und auch die Geduld verloren hatte.

Von ihrem letzten manischen Schub erholte sie sich nur langsam, sie stand unter Druck und verfiel auch gleich wieder in das alte Muster: „Ich muss sofort wieder eine Arbeit finden (mindestens 30 – 35 Wochenstunden) um Geld für die Gemeindeförderung anzusparen zu können“.

Zu diesem Zeitpunkt machte ich ihr einen anderen „Vorschlag“, nämlich nicht gleich arbeiten zu gehen und stattdessen mit finanzieller Unterstützung seitens des Sozialamtes eine Gemeindeförderung zu erlangen. Diesen Vorschlag lehnte sie von vornherein ab. Sie wollte ihre Autonomie und Integrität in solchen Entscheidungen behalten.

Auch dies ist wiederum ein Beispiel einer dysfunktionalen Beziehung:



Je mehr ein Helfer versucht, KlientInnen zur Vernunft zu bringen, desto mehr müssen diese sich zur Wehr setzen und ihr Verhalten verstärken.

Der spürbare Widerstand war ein eindeutiges Signal, ein paar Schritte

zurückzugehen und zu überlegen, was ich in meinen Gesprächen mit ihr anders machen musste, um diesen festgefahrenen Prozess wieder in Gang zu bringen.

Ich wusste um ihr Leiden an dieser für sie demütigenden und verletzenden Erkrankung, wie sie ihr Ehrgefühl, ihre Kompetenz und Autonomie immer wieder auf aufs Neue aufbauen und beweisen musste.

Entscheidend für mich in meinem Verhalten war das eigene Erkennen, meine Kommunikation so zu verändern, dass Frau B. sich wieder als verantwortungsvoll Handelnde und Entscheidende erleben konnte. Sie wollte ihre verlorengegangene Autonomie wieder zurückgewinnen.

Einem Interview von Peter Kruckenberg und Gianfranco Cecchin (aus Systemische Praxis in der Psychiatrie) entnehme ich folgende Aussage:

*„Im sozialpsychiatrischen Alltag kommen die Reflexion und therapeutische Orientierung der Arbeit oft zu kurz, verselbständigen sich soziale Fürsorge und/oder soziale Kontrolle, wird die „Versorgung“ ein Teil des Problems.“ (Cecchin / Kruckenberg 1996, s. 27)*

Checcin meint auch, dass sich eine (gelungene) Lösung immer auf der Ebene der Beziehung vollzieht. Und dass Brillen nützliche Instrumente sind, vor allem wenn man verschiedene benutzt und aus unterschiedlichen Perspektiven auf einen Situation schaut.

Bei Frau B. hatte ich den Eindruck, dass ihr „Kippen“ in die Psychose einen verzweifelten Bewältigungsversuch in einer Überforderungssituation (nämlich die Arbeit als Heimhelferin mit alten, verwirrten Menschen) darstellte. Auch in diesem Punkt ging sie nicht davon ab, auch weiterhin als Heimhelferin tätig sein zu wollen, obwohl sie sich immer in eine Überforderungssituation begab und eine neuerliche Psychose riskierte.

Ich besann mich auf den Satz:

„Handle stets so, dass Du die Anzahl der Möglichkeiten vergrößerst.“ (v. Foerster 1988, s. 33)

Beim nächsten Hausbesuch legte ich mein Hauptaugenmerk auf „Druck wegnehmen“ und eine möglichst offene Situation im Gespräch zu schaffen. Innerlich gut vorbereitet, versuchte ich ihr sehr sachlich und ruhig verschiedene Möglichkeiten mit ihren Vor- und Nachteilen anzubieten:

– sich neuerlich Arbeit zu suchen und anzusparen. Das Risiko eines neuerlichen Krankheitsschubes kann aufgrund der letzten Erfahrungen aber nicht ganz ausgeschlossen werden.

– für einen gewissen Zeitraum arbeitslos zu bleiben, zum Zwecke der Erarbeitung einer Gemeindewohnung, mit finanzieller Unterstützung, die von Seiten des Sozialzentrums zugesagt wurde. Dieser Ablauf benötigte viel Zeit, die notwendigen Wege bis zur bezugsfertigen Wohnung zu erledigen.

– die zugesagten sieben Monate in der Wohnung des Betreuten Wohnens zu verbleiben und eine alternative Wohnlösung zu suchen.

Die zweite Möglichkeit basiert auf einem politischen Grundgedanken der Umverteilung von finanziellen Ressourcen an Menschen mit ungewöhnlichen Belastungen. Sie hörte sich diese Vorschläge ganz ruhig an.

Ich teilte ihr noch mit, dass sie sich Zeit nehmen soll, um diese Möglichkeiten gut abzuwägen und vereinbarte mit ihr, mir ihre Entscheidung beim nächsten Hausbesuch mitzuteilen.

Sie entschied sich für die 2. Möglichkeit.

Frau B. bekam auch ihre eigene Wohnung im Wunschbezirk, die Wohnung war weitgehend so gelegen und ausgestattet, wie sie es sich vorstellte. Sie freute sich darauf, schmiedete Einrichtungspläne, erledigte alle notwendigen Amtswege selbständig.

Unsere Beziehung war wieder locker und entspannt. Sie wollte mit mir den Umzug in die eigene Wohnung mit einem Essen in einer Pizzeria feiern. Ein netter Abschluss für eine mittlerweile fast dreijährige Betreuung und Begleitung.

Mir erscheint es im nachhinein wesentlich, dass ich ihre Autonomiebestrebungen respektierte und ihr signalisierte, dass sie selbst die Entscheidung treffen müsse.

Nach ca. einem halben Jahr rief sie mich wieder an und teilte mir mit, dass sie bereits seit fünf Monaten wieder als Heimhelferin tätig war, ihr gefiel die Arbeit und sie fühlte sich in ihrer neuen Wohnung wohl.

### 3. SYSTEMISCHES ARBEITEN MIT PATIENT\*INNEN IM ZWANGSKONTEXT

Im Betreuten Wohnen und im sozialtherapeutischen Wohnhaus für psychisch kranke Rechtsbrecher arbeiten zu können, habe ich als gegenseitig befruchtend erlebt. Der Fokus auf die Selbstverantwortung der Klient\*innen im Betreuten Wohnen und die Hilfe zur Selbsthilfe, die im Vordergrund stand, verhinderte bei mir in der Arbeit im Wohnhaus mit den psychiatrischen Patient\*innen in die „Hilflosigkeitsfalle“ zu gehen und vieles „für“ die Patient\*innen zu erledigen.

Durch die Fortbildung „Systemische Sozialarbeit“ wurde es mir ein Anliegen mich einerseits theoretisch über das Systemische Arbeiten mit Zwangspatient\*innen auseinander zu setzen, andererseits verschiedene Vorgangsweisen, Zugänge in die praktische Arbeit zu integrieren, dem Betreuer\*innenteam zu vermitteln und auch mit systemisch – ausgebildeten Supervisor\*innen zu arbeiten.

Diese Möglichkeit bewusst systemisch zu arbeiten ist nicht im Betreuungskonzept festgehalten oder als Betreuungslinie im ganzen Team verankert. Ich hatte jedoch eine Kollegin, die eine Ausbildung im „Systemischen Coaching“ machte und sich als Reflexionspartnerin anbot.

Das heißt, ich beschreibe Möglichkeiten systemischer Fragestellungen, bereits von mir erprobter Vorgangsweisen und die Ressourcenarbeit, die schon längere Zeit einen wesentlichen Teil unserer Betreuungsarbeit ausmachen.

#### **3.1 Rahmenbedingungen der sozialtherapeutischen Einrichtung**

1993 entstand in Wien erstmals eine Wohngemeinschaft für psychisch kranke Rechtsbrecher, vorerst auf ein Jahr projektiert, und bis 2004 wurde das „Projekt“ (dieser Begriff wurde als Name für das Wohnhaus beibehalten) auf 13 Wohnplätze im Haus und 2 Wohnungen in anderen Bezirken erweitert.

Die Betreuung wird täglich durch Sozialarbeiter\*innen und Freizeitbetreuer\*innen gewährleistet.

Zum näheren Verständnis beschreibe ich kurz die gesetzliche Grundlage, die einen Rechtsbrecher zu einem Patienten der Forensischen Psychiatrie werden lässt.

„Wer zum Zeitpunkt der Tat wegen einer Geisteskrankheit, wegen Schwachsinn, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen einer anderen gleichwertigen seelischen Störung nicht in der Lage ist, das Unrecht seiner Tat einzusehen und entsprechend diesem Urteil zu handeln, der handelt nicht schuldhaft“ (§ 11 StGB). Wer nicht schuldhaft handelt, kann nicht bestraft werden. Wenn jedoch zu befürchten ist, dass jemand, der „unter dem Einfluss einer geistigen oder seelischen Abartigkeit höheren Grades“ ein Delikt begangen hat, das mit einer ein Jahr übersteigenden Freiheitsstrafe

bedroht ist, unter dem Einfluss dieser Abartigkeit eine weitere strafbare Handlung mit schweren Folgen begehen könnte, dann erfolgt die Einweisung in den Maßnahmenvollzug. Aus dem Rechtsbrecher wird ein Patient der Forensischen Psychiatrie, der behandelt wird, bis seine „Gefährlichkeit“ abgebaut ist und dann mit einer gerichtlichen Behandlungsweisung bedingt entlassen werden kann.

Dies bedeutet: das Ausmaß seines Aufenthaltes in einer Maßnahmeneinrichtung ist nicht einschätzbar und das Ende der Maßnahme ist nur durch ein günstiges Gutachten erreichbar.

Was bedeutet diese Tatsache für die Arbeit im Wohnhaus ?

Die PatientInnen werden in Form von „UdU – Aufhalten“ (Unterbrechung der Unterbringung) im Projekt auf die Entlassung vorbereitet und nach der bedingten Entlassung erhalten sie in unserem Wohnhaus für ca. ein bis zwei Jahre eine eigene Wohnung. Das angestrebte Ziel ist die finale Wohnversorgung bzw. die Erreichung individuell erarbeiteter Zielsetzungen. Mit einer für ein halbes Jahr angebotenen Nachbetreuung in der Finalwohnung endet unser Betreuungsauftrag.

Wie in vielen anderen Fällen auch spielen oft äußere Faktoren eine große Rolle sich auf ein Hilfsangebot einzulassen.

In unserem Fall ist die Motivation, die Unterstützung des Projektes anzunehmen, der legitime Wunsch einmal aus der Maßnahme entlassen zu werden.

Die Patienten wissen, dass viele Aufenthalte im Wohnhaus sich auf eine „positive Eingabe“ seitens der Anstalt gut auswirken können.

Außerdem wird die Haftsituation durch viele Ausgänge leichter erträglich. Der/die PatientIn geht auf unser Angebot ein, weil er/sie sich davon irgendeine Art von Vorteil verspricht – angenehmere Vollzugsbedingungen (gewisses Maß an Freiheit, eigenes Zimmer, weniger Kontrolle, besser „behandelt werden“) und bessere Entlassungschancen. Es kann davon ausgegangen werden, dass die PatientInnen nicht mit dem Bewusstsein ins Projekt kommen, an einer persönlichen Veränderung arbeiten zu wollen.

Unsere Arbeitshaltung, und dies ist auch die Voraussetzung jeglichen systemischen Arbeitens, beinhaltet grundsätzlich Respekt, Ernstnehmen, Anerkennen der individuellen Persönlichkeit und einen höflichen Umgang.

Was bieten wir unseren PatientInnen an?

Einer größeren Zahl von psychiatrischen PatientInnen scheinen wichtige Lernerfahrungen zu fehlen, da sie beispielsweise oft sehr früh Außenseiterrollen einnahmen und keinen Erfolg beim anderen Geschlecht, in der Schule, beim Sport oder im Beruf erlebten. Vor allem bei den jüngeren PatientInnen, die bereits in der Pubertät psychisch erkrankten, fehlen viele wichtige Lebenserfahrungen wie: Freundschaften erleben, Kontakt zu einer/m FreundIn haben, selbständig Entscheidungen treffen, berufliche Erfahrungen,

über eigenes Geld verfügen – dieser Defizitpalette steht oft eine starke und meist ambivalente Beziehung zur Ursprungsfamilie gegenüber.

Im Wohnhaus bieten wir den PatientInnen eine Reihe von Möglichkeiten zum Lernen, Erproben und Üben an. Sie können vom Lernenden als ein Übungsfeld zum Erwerb von sozialer Kompetenz betrachtet werden. Ferner können sie Fertigkeiten üben, die man zur selbständigen Haushaltsführung benötigt, und es gibt Unterstützung bei der Vorbereitung und Erlangung einer Beschäftigungsmöglichkeit.

Jede Gelegenheit zum Gespräch wird von den Beteiligten genutzt; zunächst oft über ganz einfache Dinge – wie Einkaufen, Geldeinteilung, die Zimmergestaltung, Anrufe von Angehörigen, Erlebnisse aus der Vergangenheit, Kochen, welche Vorlieben gibt es dazu, die Erlebnisse auf der Station in der Anstalt, was könnte ich heute tun.

Viel Lachen – Humor hat einen wesentlichen Platz im täglichen Umgang, Scherzen als Lockerungsübung, als neuer Blickwinkel, als eine weitere Reaktionsmöglichkeit, Witze erzählen, Dinge überzeichnen damit Phantasie entwickelt werden kann, (auch als sanftes Provokationsmittel) – trägt viel zu einer positiven Stimmung im Haus bei.

In weiterer Folge legen wir unser Augenmerk auf:

*Ziel- und Lösungsorientierung sowie Fokussierung auf Ressourcen und Stärken*

Die Motivierung zur weiteren Arbeit/Zusammenarbeit ist ein kontinuierlicher und integraler Bestandteil unseres Bemühens. Der Fokus unserer Arbeit liegt sowohl auf der Kontrolle des Verhaltens der/des PatientIn, als auch auf der Förderung der kreativen und konstruktiven Fähigkeiten.

Innerhalb des Betreuungsteams versuchen wir unseren Blick für die gesunden Anteile der PatientInnen zu schärfen (z.B. soziale Fähigkeiten, Aufmerksamkeit, fachliches und handwerkliches Können, eigenständiges Denken, Zuverlässigkeit, Sensibilität, Kritikfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Meinungsbildung, Kontaktfähigkeit, Selbständigkeit in der Versorgung u.v.m.)

Allerdings erscheint es mir wichtig, dass wir neben der ganz bewussten Fokussierung auf Ressourcen und Stärken auch unseren Blick auf Defizite und ihre Auswirkungen nicht verlieren. Das Augenmerk auf Ressourcen darf nicht zur Koalition mit der Verleugnungstendenz bezüglich des Problemverhaltens führen. Die BetreuerInnen/TherapeutInnen können sich nicht mit schablonenhaften Zielformulierungen, die nur die Einhaltung sozialer Normen beinhalten, zufrieden geben.

Das oft rigide System und die eigene Dynamik einer sogenannten „Totalen Institution“ verlangt von den PatientInnen eine hohe Anpassungsleistung. Ein Verhalten, das auch im Wohnhaus oft als fassadenhaft erlebt wird. Eine Haltung wie „bloß keinen Fehler machen“ veranlasst manche PatientInnen,

entweder dauernd freundlich zu lächeln und aggressive Gefühle zu negieren oder zu leugnen.

Zum Thema Systemisch-konstruktivistische Konzepte in institutionellen Zwangskontexten beschreibt Dr. Elisabeth Wagner in ihrem Aufsatz „Gewalt – Zwang – System“ (ein unveröffentlichtes Manuskript, o.J):

*„Trotz eingehender Diskussion konnten wir uns nicht dazu entschließen, den Begriff der „Defizite“ ersatzlos zu streichen, da wir es für einen Teil der Verantwortung professioneller Helfer in sozialen Kontrollinstanzen halten, neben dem Blick für Ressourcen und Stärken, auch den Blick für jene Tendenzen und Schwächen zu schärfen, die Menschen zu Gewalttaten veranlassen. Affekt – und Spannungsregulation, Realitäts- und Impulskontrolle, Empathie- und Beziehungsfähigkeit sind nur einige der für diesen Bereich zentralen Konzepte. Darüber hinaus stellen das Überwiegen konfliktreicher Beziehungen, beengte Wohnverhältnisse, finanzielle und existenzielle Probleme, Alkoholabhängigkeit und andere Suchterkrankungen weitere Risikofaktoren dar. Im Gegensatz dazu sind gesicherte Lebensbedingungen, das Vorhandensein von stützenden und vertrauensvollen Beziehungen und die Fähigkeit zu liebevollem und fürsorglichem Verhalten Ressourcen, die im therapeutischen Prozess systematisch berücksichtigt werden sollen. Gerade im Bereich der problematischen Interaktionsmuster kann auch die für das systemische Arbeiten typischen Fragen nach Ausnahmen Bedeutung gewinnen.“*

Auch in der Arbeit im Zwangskontext bleibt es ein Ziel, dass KlientInnen sich in den eigenen Augen und denen anderer als positiv und angenommen sehen... .

Die institutionelle Macht lässt die Position des ‚Nichtwissens‘ als inadäquat erscheinen, sinnvoll ist die Position des ‚reflektierten Wissens‘.“

Wenn sich die KlientInnen zum ersten Mal im Projekt vorstellen, sind sie keine „unbeschriebenen Blätter“. Informationen seitens der Anstalt über Delikt und Erkrankung und bisherige Behandlung sind ein Teil des auch weiterhin erforderlichen Austausches zwischen den Einrichtungen. Was macht die Information mit uns ?

Vor- und Nachteile von vorhergehenden Informationen:

Nachteil: vorgefasste Meinungen und Bilder entstehen

Vorteil : Informationen sind für die Einschätzung von Gefahrenmomenten wichtig.

Wie bahnt sich bei der/dem PatientIn eine Krise an ?

Wie hat er/sie sich in schwierigen Situationen bisher verhalten ?

Worauf müssen die BetreuerInnen speziell achten, damit sie sich

nicht

selbst gefährden ?

Die Gefährdung der BetreuerInnen und BewohnerInnen muss auf ein Minimum reduziert werden können.

### **Systemische Fragestellungen**

Um den Arbeitsprozess mit den KollegInnen und PatientInnen in Bewegung zu halten, erwies mir die Methode der offenen, systemischen Fragen gute Dienste.

In weiterer Folge möchte ich hilfreiche systemische Fragestellungen erörtern, mit denen das Team in den Supervisionsstunden konfrontiert wurde.

Fragen an das Team:

„Was heißt für die Leute Betreuung?“

„Was erwarten sich die KlientInnen von der Freizeitbetreuung?“

„Was könnte ihnen gut tun?“

„Wie nutzt man das, was man mit ihnen tut?“

„Wie sehen die Betreuer ihren Auftrag?“

„Woran können die KlientInnen erkennen, was denn hier erlaubt ist und was nicht?“

„Passen bestimmte Betreuungsangebote in unseren Auftrag?“

„Was haben die KlientInnen davon?“

„Wie würden die BewohnerInnen das Projekt beschreiben?“

„Ist die bloße Anwesenheit der Betreuer auch etwas wert?“

Diese Fragen fördern einen lebendigen Austausch innerhalb des Teams und bieten Orientierung und Reflexion, um zu einem gemeinsamen Betreuungsverständnis zu gelangen.

Fragen an die BewohnerInnen könnten folgend lauten:

„Was sehen Sie als Erfolg?“

„Was heißt für Sie Entlassung, was ist dann anders?“

„Was bedeutet für Sie Entlassungsvorbereitung?“

„Woran würden Sie erkennen, dass ihre Aufenthalte hier nützlich sind, dass Sie sich wohl fühlen?“

Als zirkuläre Frage formuliert:

„Woran würden Ihre Eltern erkennen, dass ihre Aufenthalte hier nützlich sind?“

„Woran erkennen Sie, wenn Sie in Schwierigkeiten geraten?“

Wenn PatientInnen versuchen bezüglich ihrer Medikation Einfluss auf uns auszuüben:

„Was erwarten Sie sich jetzt von mir:

- soll ich die Meinung des Arztes ändern?“

- soll ich Sie beraten, wie Sie selbst die ärztliche Meinung ändern können?“

oder wollen Sie Ihrem Frust einfach Ausdruck verleihen?“

„Was würden Sie alles tun, wenn Sie keine Medikamente nehmen müssten?“

„Was ist Ihre Theorie über die Ursache Ihrer Probleme?“

„Was glauben Sie, hat den/die RichterIn/GutachterIn veranlasst, eine Maßnahmenverurteilung auszusprechen oder vorzuschlagen?“

„Woran wird der/die RichterIn/GutachterIn merken, dass eine Veränderung passiert ist?“

„Welche Veränderungen wünschen Sie sich für die Zukunft?“

Über die Wirkung des Einsatzes solcher Fragen, gehe ich davon aus, dass sie beim Befragten einen Anstoss zum Denken geben und ihn/Sie auf die Idee bringen, dass Veränderung möglich ist

## **Sechs Vorschläge für professionelle HelferInnen in psychiatrischen Diensten und Einrichtungen**

Im nächsten Teil stelle ich die Erfahrungen des Autors Greve vor, die er als Beteiligter beim Zusammentreffen systemischer Ideen und psychiatrischer Alltagswirklichkeit gesammelt hat.

Ich halte mich in weiterer Folge an den Beitrag von Nils Greve (1996):

1. Psychiatrische Hilfe ist eine Dienstleistung
2. Jede/r Beteiligte ist für sich selbst verantwortlich
3. Jede/r Beteiligte sitzt in einem eigenen Boot.
4. Alle Beteiligten sollten fortlaufend miteinander sprechen.
5. Jede/r Beteiligte hat eine eigene Sichtweise, eigene Anliegen und gute Gründe für sein/ihr Verhalten.
6. Professionelle HelferInnen sollten ihre Ideen offen legen.

(Greve 1996, s. 232)

ad 1: Psychiatrische Hilfe ist eine Dienstleistung

Die Leistungserbringer erhalten Aufträge, die für ihre Arbeit bindend sind; bei unterschiedlichen Auffassungen über deren Inhalt haben die „Kunden“ das letzte Wort. Im psychiatrischen Alltag geht es meist anders zu. Oft sind unsere PatientInnen gar nicht die Auftraggeber, sondern es geht um die Erfüllung von Aufträgen Dritter (wie die zuweisenden Mitarbeiter von psychiatrische Anstalten und Justizanstalten, Gerichten, BewährungshelferInnen, Angehörigen).(vgl. ebd., s. 233)

ad 2: Jede/r Beteiligte ist für sich selbst verantwortlich

„ Die Grundvorstellung, dass die KlientInnen und ihre Angehörigen selbst ExpertInnen für ihr Leben und ihre Zukunft sind, legt es nahe, auch die Verantwortung für alle Entscheidungen, die diese Zukunft beeinflussen, ausschließlich bei ihnen selbst zu sehen. Sie haben nicht nur das Recht, sondern auch die alleinige Kompetenz ihr Leben zu gestalten.“ (ebd., s. 235)

In allen Fällen von Zwangseinweisungen- und behandlungen ist es gesetzliche Vorschrift, dass BetreuerInnen, KlinikmitarbeiterInnen und Ordnungsbehörden Verantwortung für Entscheidungen über die Lebensführung der ZwangspatientInnen übernehmen.

Übertragen auf die Arbeit mit forensischen PatientInnen bedeutet dies, dass ihre Lebensgestaltung und Kompetenz eingeschränkt wird durch das Erteilen von gerichtlichen Weisungen im Zuge einer eben nur „bedingten Entlassung“ (wie z.B. Fortsetzung der psychiatrischen Behandlung in der forensischen Nachbetreuungsambulanz, in Psychotherapie zu gehen, keinen Alkohol zu trinken und evtl. auch nicht „nach Hause“ zu ziehen). Außerdem bekommen sie eine/n BewährungshelferIn für eine festgelegte Bewährungsfrist zugeteilt. Absicherungen, die im öffentlichen Interesse angeordnet werden, sind zu akzeptieren und können von den Betroffenen nicht abgelehnt werden.

Innerhalb dieses eingeschränkten Rahmens ist es uns ein Anliegen die Lebensgestaltung und die Entscheidungen unserer BewohnerInnen zu respektieren und ernst zu nehmen.

Was bleibt den HelferInnen an Verantwortung ?

**Laut Greve sind HelferInnen für den Prozess der Hilfeleistung verantwortlich, aber nicht für seinen Inhalt. (ebd., s. 235)**

Dazu ein Fallbeispiel: Ein Bewohner des Wohnhauses wollte „leben“, sein Geld ging gänzlich und oft darüber hinaus für den Lebensalltag drauf. Es war ihm kein Anliegen die erforderlichen Mittel für eine Finalwohnung anzusparen, und er akzeptierte einen Umzug in eine Herberge, wo er sein Leben wie bisher weiterführen konnte.

Das bedeutete für uns seine Entscheidung zur Kenntnis zu nehmen, auch wenn wir uns eine andere Lösung hätten vorstellen können.

Die weitverbreiteten Konzepte der Beziehungsgestaltung in der psychiatrischen Arbeit benennen eindeutig die professionelle Seite als handelnde Subjekte und die „PatientInnen“ als die mehr oder weniger passiven Objekte.

Die Erfolgsaussichten sind in diesem Konzept dann am besten, wenn die PatientInnen die ärztliche Anordnung befolgen. Ihm/ihr eine eigene Verantwortung für die Entscheidung einzuräumen, ob er/sie die verordneten Medikamente einnimmt, erscheint aus dieser Perspektive nicht sinnvoll, und tatsächlich wird eine Nichtbefolgung ärztlicher Anordnungen, die sogenannte „Non-Compliance“, in der Regel als Störvariable angesehen, die möglichst klein gehalten werden sollte.

Gelegentlich neigen professionelle HelferInnen in psychiatrischen Systemen über das kontextuell unvermeidliche Maß hinaus dazu, sich wie „Ersatz-Familienmitglieder“ zu verhalten und in unnötigem Maße Verantwortung für ihre KlientInnen an sich zu ziehen. Als „Ersatzgeschwister“ oder „Ersatz-Eltern“ werden HelferInnen dann leicht zu MitakteurInnen chronischer Interaktionen. Mit einer Rückgabe von Verantwortung kann dagegen eine Auflösung von Chronizität in Gang kommen. (vgl. ebd., s. 236)

Um dieser Verstrickung möglichst entgegenzuwirken, geben wir den BewohnerInnen unseres Wohnhauses ganz bewusst Freiräume, die sie selbstverantwortlich gestalten können. Ein gewisses Ausmaß an Schwierigkeiten wird dadurch besser sichtbar und ist in weiterer Folge Anlass für eine weitere Auseinandersetzung über die aufgetretenen Schwierigkeiten, sofern nicht massive Regelverstöße uns veranlassen, die PatientInnen wieder in die Anstalten zurücktransferieren zu lassen, wo für uns die Auseinandersetzung mit dem/der PatientIn nicht mehr möglich ist.

Wir konnten beobachten, dass nach solchen, für uns auch sehr unangenehmen Vorfällen, meist doch eine Veränderung im Verhalten der Betroffenen bewirkt wurde, wenn die BetreuerInnen dieses Signal verstehen,

das bedeuten kann: „ ich fühle mich überfordert, brauche mehr Zeit, diese Situationen bereiten mir Schwierigkeiten, damit kann ich noch nicht umgehen“. Auch wenn nicht bewusst die Schwierigkeiten im Gespräch zum Thema gemacht werden, stellt die Rücküberstellung in die Anstalt für den PatientInnen einen Zeitgewinn dar. Außerdem konnten wir feststellen, dass viele PatientInnen auf die „Geborgenheit“ einer Anstalt noch nicht ganz verzichten konnten.

Die Regeln im Wohnhaus müssen klar und für die PatientInnen transparent immer wieder formuliert und vermittelt werden.

ad 3: Jede/r Beteiligte hat ein eigenes Boot

Das psychiatrische Hilffssystem funktioniert wie ein Verband gleichberechtigter Boote. Wohin der Verband fährt, lässt sich nur durch Verhandlung klären, und solche Verhandlungen führen zu guter Kooperation, wenn alle wesentlichen Standpunkte und Anliegen ausreichend berücksichtigt werden. (vgl. ebd., s. 238) Nicht alle Beteiligten streben das gleiche Ziel an. Innerhalb des Betreuungsteams im Wohnhaus erschien es uns als unumgänglich bei allen Unterschiedlichkeiten unter den Mitarbeitern eine gemeinsame „Betreuungslinie“ herauszuarbeiten.

ad 4: Alle Beteiligten sollen fortlaufend miteinander reden

Zur Sicherung und Verbesserung der Zusammenarbeit mit anderen Systemen (PatientInnen, Angehörige, Bewährungshelfer, Ärzte, Sachwalter usw.) und mit Kollegen laden wir besonders in kritischen Situationen zu Besprechungen mit möglichst vielen Beteiligten ein. Im Vordergrund steht vor allem die wechselseitige Reflexion über die Gesamtheit der angebotenen oder bereits geleisteten psychiatrischen Hilfen. (vgl. ebd., s. 239)

ad 5: Jeder Beteiligte hat eine eigene Sichtweise, eigene Anliegen und gute Gründe für sein Verhalten

Die Grundidee des sozialen Konstruktivismus geht davon aus, dass jeder Mensch sich in der Kommunikation mit seiner sozialen Umgebung eine eigene Sicht der Welt aufbaut. Dass jede/r Beteiligte im System eigene, gleichberechtigte Wünsche und Anliegen hat und einzubringen versucht, ist die Ausgangsvorstellung der Neutralitätsregel systemischer Arbeit. (vgl. ebd., s. 240)

Das gilt sowohl für die Anliegen der HelferInnen in Anstalten, wie für die Anliegen von Angehörigen, Betroffenen und uns selbst. Besonders herausfordernde Situationen entstehen, wo die Verantwortlichen einer Anstalt (eines großen Systems) unserer Ansicht nach sehr restriktiv reagieren. Die Kenntnis von Strukturen und vom Funktionieren großer Systeme erleichtert den eigenen Zugang und das Verständnis für deren Vorgangsweisen.

ad 6: Professionelle Helfer sollten ihre Ideen offen legen

Damit ist die Bereitschaft gemeint, alle Gedanken mitzuteilen, die für die jeweilige Kommunikation von Bedeutung sein könnten. Dies betrifft beispielsweise

alle Regeln, die die eigene Arbeit bestimmen, wie Richtlinien von Kostenträgern, Anordnungen von Vorgesetzten, Pflichten aus einem gesetzlichen Auftrag

tatsächliches oder vermeintliches Expertenwissen über sozialrechtliche Zusammenhänge, erwünschte und unerwünschte Wirkungen von Medikamenten

eigene Sichtweisen, Vermutungen und Ideen über das oder die Probleme und möglichen Lösungen

und eigene Bedürfnisse, Wünsche und Anliegen.

Eine solche Offenheit trägt dazu bei, dass KlientInnen und Angehörige sich ein vollständiges Bild von allen für sie wichtigen Zusammenhängen machen können.

Ganz besonders hält Greve Offenheit und Transparenz in allen Situationen sozialer Kontrolle und unmittelbarer Zwangsausübung, in denen die Entscheidungsfreiheit der PatientInnen ohnehin schon eingeschränkt ist, für erforderlich. Die PatientInnen müssen wissen, woran sie sind. (vgl. ebd., s. 242)

### **3.4 Chronizität**

**„Schizophrenie wird zwar oft als Hauptberuf, aber nur selten als Ganztagsjob ausgeübt.“**

Zitat eines erfahrenen Psychiaters (der Name wurde leider nicht preisgegeben).

Zum Thema „Chronizität“ aus dem Beitrag von Schweitzer-Rothers

„Wege aus psychiatrischen Chronifizierungsprozessen: Beratungstechniken für Prävention und Rehabilitation“ (Schweitzer-Rothers 1996, s. 247) sind mir folgende Überlegungen hilfreich gewesen.

Chronifizierung als aktive Gemeinschaftsleistung:

„Eine systemisch-konstruktivistische Beratung bei psychiatrischen Chronifizierungsprozessen geht von einer Reihe von Arbeitshypothesen aus, die für die Anregung von Veränderungsprozessen nützlich erscheinen.“ (ebd., s.248)

Chronifizierung wird demnach nicht als ein Einzelwerk des/der PatientIn, sondern als eine Gemeinschaftsleistung (von Angehörigen, Fachleuten, sozialrechtlichen Bestimmungen, gesetzlichen Voraussetzungen) angesehen.

„Der/die PatientIn trägt dadurch bei, indem er/sie aufhört sich eine Zukunft auszumalen, Unterschiede zwischen gestern und heute zu verdeutlichen, Veränderungen in seinem Leben durch Rituale zu markieren.“

„Dies erreicht, wer sich grundsätzlich als Opfer, nicht als Täter des eigenen Schicksals begreift und das eigene Verhalten stets negativ konnotiert, als Ausdruck persönlicher Pathologie und nicht als verständlichen sozialen Kontext.“ „Außerdem wird im Laufe des Prozesses der Bekanntenkreis zunehmend aus Gleichgesinnten bestehen. Schließlich tragen auch sozialrechtliche Bestimmungen (Bezug von Invalidenrente, Behindertenausweis) zu diesem Chronifizierungsprozess bei.“ (ebd., s. 249)

Der Zugang zu Rehabmaßnahmen, Arbeitstherapie, Bezug von Pflegegeld oder ein Wohnplatz im Wohnhaus machen das Weiterbestehen einer Erkrankung zur Voraussetzung der Anspruchsberechtigung. Wer auf die Sozialleistungen angewiesen ist, ist daher auch auf das Weiterbestehen dieser Erkrankung angewiesen.

Die oft jahrelangen (bisweilen sogar über zehnjährige) Aufenthalte der forensischen PatientInnen in den Anstalten haben fast immer einen Chronifizierungsprozess in Gang gesetzt. All die oben genannten Faktoren bedeuten für die PatientInnen eine Absicherung und gleichzeitig auch Stagnation.

Unsere Ziele „beschränken“ sich auf die Erreichung größtmöglicher Selbständigkeit, Schaffung finanzieller Absicherung, Wohnversorgung, Unterstützung bei der Schaffung von Tagesstruktur, Freizeitgestaltung und Aufbau eines sozialen Netzes. Für eine Probezeit von fünf bis zehn Jahren schreibt das Gesetz den PatientInnen weiterhin „Patiententum und Behandlungsbedarf“ vor.

Der Aufbau eines sozialen Netzes erscheint uns als die schwierigste Aufgabe, meist erweisen sich die Kontakte zu Familienmitgliedern und „PatientenkollegInnen“ als beständig. Solch eine „Netzarbeit“ verläuft selten so, wie wir es uns vorstellen. Häufig sind die BewohnerInnen nicht daran interessiert mit „fremden“ Personen, Vereinen, Gemeinschaften (Nachbarschaftszentren) regelmäßig Kontakt zu halten.

Manchmal setzen die PatientInnen Anregungen meist zu einem anderen Zeitpunkt, in anderer Form und mit anderen Menschen um, als die „Profis“ sich dies ausdenken.

Trotzdem sehen wir unsere Anregungen zur Kontaktaufnahme, Besuche von Veranstaltungen anderer Einrichtungen, regelmäßige Aktivitäten als sinnvoll an. Diese Anregungen und Erlebnisse bleiben den BewohnerInnen in Erinnerung und sind möglicherweise eine Ressource, auf die sie später zurückgreifen können.

Im Setting des Wohnhauses wird per institutionalisiertem Hilfsangebot ein neues Beziehungsnetz bestehend aus MitpatientInnen und BetreuerInnen aufgebaut.

Hier gilt zu prüfen, ob die Praktiken unseres Wohnhauses Chronifizierungsprozesse eher begünstigen.

Laut Schweitzer-Rothers werden diese Prozesse durch folgende Faktoren begünstigt:

Alle MitarbeiterInnen sind für alle PatientInnen zuständig, somit für niemanden wirklich verantwortlich. (Stimmt nur für neu aufgenommene PatientInnen, bei längeren Aufhalten werden fixe BetreuerInnen zugewiesen.)

Hausordnung und Regeln sind so organisiert, dass den PatientInnen wenig Eigenverantwortung zugemutet wird. (Freiräume sind ausreichend vorhanden, es sind auch nicht durchgehend BetreuerInnen anwesend, das Leben muss weitgehend selbst organisiert werden).

MitarbeiterInnen und PatientInnen stehen unter einem „Rehabilitationsdruck“, dem beide nur durch Dekompensation des/der PatientIn (Rückfall) wieder legitimiert entkommen können. (vgl. ebd., s. 253)

(Die Auswirkungen dieses Rehabilitationsdrucks werden eher gegen Ende der Betreuung sichtbar, also in der Phase des Auszugs aus der betreuten Wohnung in die eigene Finalwohnung. Dies kann in manchen Fällen zu Krisen oder auch einem Rückfall in die Krankheit führen.)

Im Prozess der „Normalisierung“ bieten sich zum Ausloten neuer Einflussmöglichkeiten z.B. Prozentfragen an.

„Zu wie viel Prozent halten Sie diese Schlappe für Ausdruck einer Krankheit, zu wie viel Prozent für wetterbedingt, zu wie viel Prozent für die Folge einer schwierigen Lebenssituation der letzten Zeit?“

Hypothetische Fragen :

„Was wäre, wenn Sie von Montag bis Mittwoch so tun, als ob Sie innerlich befreit wären und von Donnerstag bis Sonntag bleiben Sie zu 100% manipuliert?“

„Was wäre, wenn Sie sich entscheiden würden, sich in der nächsten Woche jeweils von montags bis mittwochs besonders kindisch und chaotisch zu zeigen und von donnerstags bis sonntags relativ seriös und erwachsen?“

„Angenommen es gäbe eine erfolgreiche Gehirnoperation bei Psychosen – was würden Sie am ersten Tag nach der Operation anders machen als heute?“

Hypothetische Fragen, um eine Vorstellung von der Zukunft zu entwickeln:

„Stellen Sie sich in fünf Jahren vor. Wo wohnen Sie, wie sieht ihr Tag aus, mit wem treffen sie sich?“

Probleme aktiv verschlimmern:

„Was müssten sie tun, damit ihr Aufenthalt im Wohnhaus von Seiten der Anstalt wieder eingestellt wird?“

Auch eine Krisensituation kann Veränderungsimpulse fördern (z.B. kann daraus eine Auseinandersetzung über die Ängste vor einer Entlassung in Gang gesetzt werden).

Ich sehe die Krise als Ausdruck einer schwierigen Übergangsphase.

Herbeiführung „Therapeutisch induzierter Krisen“ – gelingt oft durch die Frustrierung passiver Versorgungswünsche. Im Betreuten Wohnen haben sie dies oft als Insistieren auf „normale“ Pflichten und Anforderungen ungeachtet aller Krankheitssymptome praktiziert. Weil es gerade nicht die eigenen Wünsche des/der PatientInnen aufgreift, sondern diesen die Anforderungen der Umwelt entgegen stellt – wird in Fachkreisen als „Dagegen gehen“ bezeichnet. (vgl. ebd., s. 255f)

„Dagegen gehen“

„Dazu gehören Verhandlungen, unter welchen Bedingungen (Hygiene, Ruhe, Hausdienste, kein Alkohol- und Drogenkonsum, Einhalten von Hausregeln u.a.) ein/e PatientIn einen Platz in der WG bekommen und behalten kann – auch mit der Konsequenz, bei Nichteinhaltung eine Rücküberstellung in die Anstalt, eine Unterbrechung des Aufenthalts oder auch Verkürzung der Aufenthaltszeit in weiterer Folge ausgesprochen zu bekommen. Hierzu gehören natürlich auch „Wohnungsbegehungen“, „Zimmerkontrollen“ ebenso, wie Verhandlungen über die selbständige Verfügung ihrer Geldmittel oder die Geldverwaltung durch die Mitarbeiter“. (ebd., s. 256) Der Prozess des ständigen Verhandeln oder auch Aushandeln bewirkte bei den meisten BewohnerInnen eine Entwicklung in Richtung Eigenständigkeit .

„Mitgehen“ statt Konversation“

„LangzeitpatientInnen reden oft wenig, und auch ihre Umwelt bietet wenig interessante (neue) Informationen über sie an. Hier wird oft Handeln wichtiger. Dieses „Mitgehen“ mit symptomatischem Verhalten und Krankheitsbekundungen heißt also: beobachten, was die PatientInnen tun und wozu es für sie gut ist Dieses Verhalten nicht nur resignativ akzeptieren, sondern es anerkennen, unterstützen, zu seiner Intensivierung einladen; dieses „Mehr davon“ so stark dosieren, dass das damit verbundene Bedürfnis nachhaltig erfüllt wird und in der Folge vom Patienten nicht mehr so nachhaltig verfolgt werden muss“. (ebd., s. 257f)

Ein Patient suchte massiv Unterstützung bei einer antipsychiatrischen Vereinigung, in der Erwartung von Hilfe durch alternative Behandlungsmethoden (eine nicht akzeptable Form der Behandlung innerhalb des forensischen Systems). Wir unterstützten ihn mit der Möglichkeit Briefe zu faxen, er konnte mit dem Verein telefonieren und Gesprächstermine wahrnehmen. Das Interesse von Seiten dieses Vereines an ihm wurde immer größer, Anrufe und Briefe kamen an ihn, bis ihm diese Angebote selbst zuviel wurden und er den Kontakt zu diesem Verein von sich aus einstellte.

„Lang, lang ist's her“

„Bei „EinsteigerInnen“ in das psychiatrische Hilffsystem ist der Auslösekontext noch eruierbar, psychotisches Verhalten wird leichter im Kontext der Herkunftsfamilie verständlich. Bei älteren LangzeitpatientInnen sind diese Zusammenhänge für Fachleute nur schwer, wenn überhaupt zu

rekonstruieren. Für die Außenstehenden bleibt zum einen psychotisches Verhalten unverständlich; und es ist zugleich schwieriger „Ausnahmen“ und „Ressourcen“ zu finden.

Aus beiden Gründen bekommt das Anknüpfen an vergangene Zeiten, die weit weg scheinen, in denen es noch Hoffnung und Beziehungen gab, einen viel größeren Stellenwert: Geschichten erzählen lassen und alte Wünsche erkunden – wo sind sie geblieben, was ist von ihnen eventuell noch übrig, woran lässt sich anknüpfen?“ (ebd., s. 260) Besonders in Fällen wo zukunftsorientierte Gespräche kaum möglich sind, ist das Erzählen lassen vergangener Geschichten eine Möglichkeit auf diesen Umweg sich an die Vorstellung einer Zukunft heranzuarbeiten. Auch müssen die alten Geschichten gewürdigt werden, wo noch viel Schmerz seine Wirkung tut, aber auch Ereignisse stattgefunden haben, die zu den kraftgebenden Sequenzen eines Lebens zählen (wie z.B. Erfahrungen als Reisender, Zeiten wo man stolzer Besitzer eines Motorrads war u. v.m.).

„Perspektivlosigkeit planen und gestalten“

Laut Jochen Schweitzer-Rothers fällt es dem Betreuungspersonal oft schwer die augenscheinliche Perspektivlosigkeit der PatientInnen zu ertragen. Dabei ist solches „Ertragen“ eine günstige Voraussetzung für sehr effektive Interventionen. Das Annehmen und dann das konsequente Vorausplanen eines Lebens in Perspektivlosigkeit führt die Idee ein, dass auch „Alkoholismus“, „Verwahrlosung“ oder selbst „Suizidalität“ oft nicht von selbst kommen, sondern durch Handlungen gefördert werden und durch Unterlassungen unwahrscheinlich gemacht werden. (vgl. ebd., s. 261 )

Die meisten PatientInnen, die die Aufnahme im Wohnhaus schaffen, sind dieser Perspektivlosigkeit erstmals entkommen, „ein Türchen tut sich auf“, „ein Licht erscheint am Ende des Tunnels“. Aber selbst im Falle eines angekündigten „Beenden wollen des Lebens“ zeigt Schweitzer-Rothers Möglichkeiten auf, wie ein Helfer versuchen könnte durch bestimmte Fragen sich dem Thema Selbstmord und Aussichtslosigkeit mit dem betreffenden Patienten zu nähern.

Beispiele:

„Was könnte Sie dazu bewegen, sich umzubringen?“

„Was wäre nach Ihrem Selbstmord besser?“

„Wie würden Ihre Verwandten auf den Selbstmord reagieren?“

möglicherweise ergeben sich daraus neue Handlungsidee. (ebd, s.261)

Fragestellungen, die in allen Fällen, wo Selbstmordideen ins Gespräch kommen, sinnvoll sein können.

„PatientInnen haben Ressourcen“

Wir sehen es als unsere Aufgabe, Ressourcen zu entdecken, hervorzuheben und zu verstärken. Wichtig ist es die PatientInnen bei der Selbstwahrnehmung ihrer Ressourcen zu unterstützen. (vgl. Booker/Blymyer 1996, s. 267)

Es ist auch manchmal der/die PatientIn, die uns an seine/ihre vorhandenen Ressourcen erinnert. Die Erfahrung persönlicher Stärken ist eine Triebfeder für Veränderungen und die Konzentration darauf verändert signifikant die Beziehung zwischen PatientIn und BetreuerIn, z.B. „Ich habe eine richtige Freude, wenn ich einen Amtsweg ohne Schwierigkeiten alleine geschafft habe.“ Eine Erfahrung, die bei den BetreuerInnen Wertschätzung und Anerkennung auslöst.

„PatientInnen wissen es am besten/ PatientInnen setzen Ziele“

„Mein Ziel ist es ein selbstverantwortliches und selbstbestimmtes Leben zu führen. Das ist normal.“ (Aussage eines Wohnheimbewohners)

Mit Fragen wie:

„Wenn die Entlassungsvorbereitung erfolgreich für sie verlaufen ist, woran würden sie dies erkennen?“ versuchen wir die PatientInnen zur Entwicklung von Zielvorstellungen heranzuführen.

„Woran würden sie erkennen, wann der Zeitpunkt gekommen ist, den nächsten Schritt in Richtung Selbständigkeit bzw. eigene Wohnung zu gehen?“

Fragestellungen die die Gedanken der PatientInnen transparent machen sollen:

„Was sind seine/ihre Theorien über die Ursachen seiner Probleme?“

„Was ist für ihn/sie von Interesse?“

„Welche Theorien hat er/sie zu seiner/ ihrer Diagnose?“

„Was glaubt der/die PatientIn, hat sich der/die RichterIn/ GutachterIn gedacht, ihn in die Maßnahme einzuweisen?“

„Was könnte sich das Stationspersonal der Anstalt denken, dass sie dem/der PatientIn die Möglichkeit zur Entlassungsvorbereitung im Wohnhaus einräumen?“

„Was sind seine/ihre Sprachwendungen und Ausdrücke?“

(z.B. „Mit mir stimmt etwas nicht in der Beziehung und Kommunikation mit anderen.

„Ich bin weg vom Fenster“ oder „Ich habe drei Gesichter, das des Kindes, des Geistesgestörten und eines ‚Normalen‘ “.)

Die Konzentration auf Gegenwart und Zukunft trägt mehr zu Veränderungen bei, als der Fokus auf die Vergangenheit. Je mehr Veränderung in das Leben des Patienten Einzug hält, umso wahrscheinlicher erfährt er die Veränderung als neue Wirklichkeit. Eine Veränderung ist ausreichend verankert, wenn das neue Verhalten als Realität bzw. als Normalität erlebt wird.

Wenn der Prozess der Veränderung begonnen hat, neigt er dazu, in Gang zu bleiben.

Zum Abschluss möchte ich noch einmal schematisch die klassische systemisch-konstruktivistische Haltung dem Systemischen Arbeiten in einer forensischen Wohneinrichtung gegenüberstellen:

Systemisch-konstruktivistische Haltung	Systemisches Arbeiten in einer forensi
„Wir tun, was unsere KlientInnen explizit von uns fordern“. Eine Auftragsklärung zwischen allen Beteiligten findet statt	Auftragsklärung innerhalb des rechtl. Rahmens
Freiwilligkeit und Einverständnis des/der KlientIn	KlientIn wird zugewiesen, äußere Fa Rolle
Position des „Nichtwissens“ wird eingenommen	Position des „reflektierten Wissens“ ist
Wirkt gegen Chronizität	eingeschränkte Wirkung gegen Chroni
Kooperation mit KlientIn steht im Vordergrund	Compliance ist oft ausreichend
Die KlientIn bestimmt das Ziel, Thema	Mitarbeiter müssen für Transparenz v und Machtposition sorgen
KlientIn ist „Kunde“	KlientIn häufig „Gast“ oder „Klagender“

#### ABSCHLUSSBEMERKUNGEN:

Nach einer mehr als zehnjährigen Tätigkeit im sozialtherapeutischen Wohnhaus kann ich feststellen, dass die meisten „ZwangspatientInnen“ die Angebote im Wohnhaus für sich nutzen konnten, wenn sie sich auf eine Kooperation mit uns einließen.

Am Ende dieses gemeinsamen meist mehrjährigen Weges steht oft, trotz vieler vorher durchgestandener Ängste und auch Rückfälle, die Freude auf die eigene Wohnung, manchmal auch ein therapeutisches Beschäftigungsverhältnis, Arbeitskollegen, Kontakte zu passenden Einrichtungen (z.B. Anonyme Alkoholiker- Gruppen). Was oft noch fehlt, ist ein/e PartnerIn.

Die Fortbildung „Systemische Sozialarbeit“ hat mich einerseits in der schon vorhanden gewesenen Grundhaltung der Wertschätzung unseren PatientInnen gegenüber, als Basis für die Arbeit bestätigt und andererseits ein interessiertes Erproben von systemischen Fragestellungen angeregt. Für die BetreuerInnen bedeutet der systemische Ansatz auch eine Entlastung durch ein höheres Vertrauen in die Fähigkeiten der PatientInnen, es bedeutet nicht die Menschen mit viel Kraft in die „richtige“ Richtung bringen zu wollen.

Zeit für Gespräche zu haben, ist keine vergeudete Zeit, Therapieangebote auch für psychiatrische PatientInnen sind keine vergeudeten Ressourcen, wenn auch der Verlauf der Therapie sich nicht immer in einer „klassischen“ Form entwickelt.

Ich konnte den Eindruck gewinnen, dass sich die PatientInnen im Wohnhaus ernstgenommen und angenommen fühlten, in der Auseinandersetzung sich als gleichwertig sahen, in Fragen - vor allem die psychische Erkrankung betreffend - als Experten gesehen wurden. Die Wirkung unserer Arbeit zeigte sich auch im Abnehmen von Hilflosigkeits- und Ohnmachtsgefühlen, in einer Stärkung des Selbstwertgefühls der PatientInnen.

Durch das Interesse einiger MitarbeiterInnen (in meinem jetzigen Team im Betreuten Wohnen) am „Systemischen Arbeiten“ konnten auch Veränderungen in der Fallbearbeitung erkennbar werden. Die Fokussierung auf das Ziel, das der/die MitarbeiterIn bei der Fallbesprechung erreichen will, erlaubt eine sehr effiziente Reflexion und Entscheidungsfindung über weitere Vorgangsweisen.

Den systemischen Ansatz möchte ich inzwischen in meiner Arbeit nicht mehr missen.

Den Titel meiner Arbeit :

„Wenn sich das Blatt wendet ...“ wählte ich, da ich diesen Satz gerne als symbolische Einleitung für eine Wende zum Besseren im Leben der KlientInnen verwende, wenn diese sich vom „Pech“ verfolgt fühlen.

In weiterer Folge versuche ich mit ihnen auch den nächsten Schritt zu besprechen, um die Wende und den Unterschied zu früher stärker spürbar und sichtbar zu machen und auch das Gefühl, hilflos seinem Schicksal ausgeliefert zu sein, durch das Erleben von Handlungsfähigkeit zu ersetzen.

Die schon in der Einleitung erwähnte Leichtigkeit wurde für mich ein Richtungsanzeiger, ob die Arbeit „läuft“ oder wenn diese Leichtigkeit sich in Schwere verwandelt, ein Hinweis einen „Zwischenstopp“ einzulegen und die Arbeit zu überdenken.

Ich möchte mich hier auch bei meiner Kollegin Anna Maria Götz bedanken, die mir bei der Erarbeitung dieser Diplomarbeit hilfreich zur Seite gestanden hat.

Weiters möchte ich mich bei meinen Ausbildnern Walter Milowiz, Anneli Arnold und Susanne Zuzek bedanken, die mir viele Anregungen mit auf meinen Weg in die systemische Arbeit gaben.

Literaturverzeichnis

Berg, I. K. / Miller S. D.: Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Ein lösungsorientierter Ansatz. Heidelberg 2000

Booker, J. / Blymyer, D.: Lösungsorientierte stationäre Kurztherapie mit „chronisch psychisch Kranken. In: Keller, T. / Greve, N. (Hg.): Systemische Praxis in der Psychiatrie. Bonn 1996, s. 265

Cecchin, G. / Kruckenberg, P.: Systemtherapie – Sozialpsychiatrie. Ein Diskurs. In: Keller, T. / Greve, N. (Hg.): Systemische Praxis in der Psychiatrie. Bonn 1996, s. 23 - 43

v. Foerster, H.: Abbau und Aufbau. In: Simon Fritz B. (Hrsg.) Lebende Systeme. Wirklichkeitskonstruktionen in der Systemischen Therapie. Berlin 1988

Greve, N.: Sechs Vorschläge für professionelle HelferInnen in psychiatrischen Diensten und Einrichtungen. In: Keller, T. / Greve, N. (Hg.): Systemische Praxis in der Psychiatrie. Bonn 1996, s. 227 - 244

Milowiz, W.: Teufelskreis und Lebensweg - Systemisches Denken in der Sozialarbeit. Wien 1998

Radatz, S.: Beratung ohne Ratschlag. Systemisches Coaching für Führungskräfte und BeraterInnen. Wien 2002

Schweitzer-Rothers, J.: Wege aus psychiatrischen Chronifizierungsprozessen:

Beratungstechniken für Prävention und Rehabilitation. In: Keller, T. / Greve, N. (Hg.): Systemische Praxis in der Psychiatrie. Bonn 1996, s. 247 - 262

Wagner, E. / Russinger, U.: Gewalt – Zwang – System. Systemisch – Konstruktivistische Konzepte in institutionellen Zwangskontexten.

Unveröffentlichtes Manuskript ohne Jahrsangabe

## Was man gelesen haben muß....

### **ANGST VOR BESTRAFUNG ALS SCHLÜSSEL SOZIALER ORDNUNG**

Wissenschaftler der Uni Erfurt sind in einer Versuchsanordnung dem Grund für die Bereitschaft zur Kooperation nachgegangen

Aus dem online-Standard vom 14. April 2006; 18:04: <http://derstandard.at/?id=2406486>

Erfurt - Menschen kooperieren in allen verschiedenen Varianten und Formen. Allerdings scheint das in einer gemeinsamen freien Welt nicht zu funktionieren, wie Forscher der Universität von Erfurt jetzt entdeckt haben. Denn es scheint so, dass erst die Angst vor Bestrafung der Schlüsselpunkt für Kooperationen ist. Ein Versuch mit 84 Studenten hat erstaunliche Ergebnisse geliefert, berichtet Bettina Rockenbach in der jüngsten Ausgabe des Wissenschaftsmagazins Science.

### **Präferenzänderung**

Die Studenten konnten sich in jeder der 30 Runden entscheiden, ob sie in der Gruppe sein wollten, in der bestraft werden durfte oder in jener, in der es keine Sanktionen gab. In jeder der 30 Runden konnten die Probanden auch wählen, wie viel Geld sie als Allgemeingut zur Verfügung stellten. In der ersten Gruppe wurde das Geld auf alle gemeinsam verteilt, egal, ob sie dafür etwas taten oder nicht. In der zweiten Gruppe gab es nur dann Geld aus dem allgemeinen Topf, wenn jemand etwas Positives dazu beitrug. Im Falle des Nichthandelns gab es eine Bestrafung. "Jede Sanktion kostete den Spieler allerdings sein eigenes Geld", wie Rockenbach berichtet. Am Ende jeder Runde konnten die Probanden die Summe der "anonymen" Gewinne sehen.

Das Ergebnis war erstaunlich: Zunächst entschieden sich zwei Drittel der Studenten für die Gruppe, in der nicht bestraft wurde. Sie zahlten einen gewissen Teil in den Allgemeintopf ein. Das restliche Drittel entschied sich für das System der Belohnung und Bestrafung zur Kooperation. Interessanterweise änderte sich diese Präferenz unter den Probanden relativ schnell. In der "sanktionslosen Gruppe" schienen sich die Trittbrettfahrer schnell durchzusetzen. Da die Studienleiter jedes Mal alle Probanden von den Ergebnissen informierten, änderte sich sehr schnell die Präferenz. Am Ende war das "System der Belohnung und Bestrafung" eindeutiger Sieger. In der 20. Runde entschieden sich 100 Prozent der Probanden für die sanktionierende Gruppe.

### **Der kooperativen Norm folgen**

Es schien den Probanden egal zu sein, dass das Bestrafen Geld kostete, denn schon am Beginn des Eintritts in die neue Gruppe begannen die Studenten mit der Bestrafung derjenigen, die dem Gemeinwohl zuwider handelte. "Den plötzlichen Wechsel der Wahl kann man nicht derartig einfach damit erklären, dass man nur auf den Gewinn blickt. Die Menschen folgten eher der kooperativen Norm", so Rockenbach. Nach der wissenschaftlichen Analyse konnten die Forscher feststellen, dass es Probanden gab, die sich aufopferungsvoll für das Gemeinwohl einsetzten. Diese bestraften auch dann, wenn sie selbst dafür bezahlen mussten. Die Forscher gehen davon aus, dass dieses Verhalten der Schlüssel für soziale Ordnung und Kooperation ist. (pte)



