

# Menschen mit psychischen Störungen in der Betreuung



**MULTIINSTITUTIONELLE VERSORGUNG  
ZWISCHEN HILFE UND KONTROLLE**

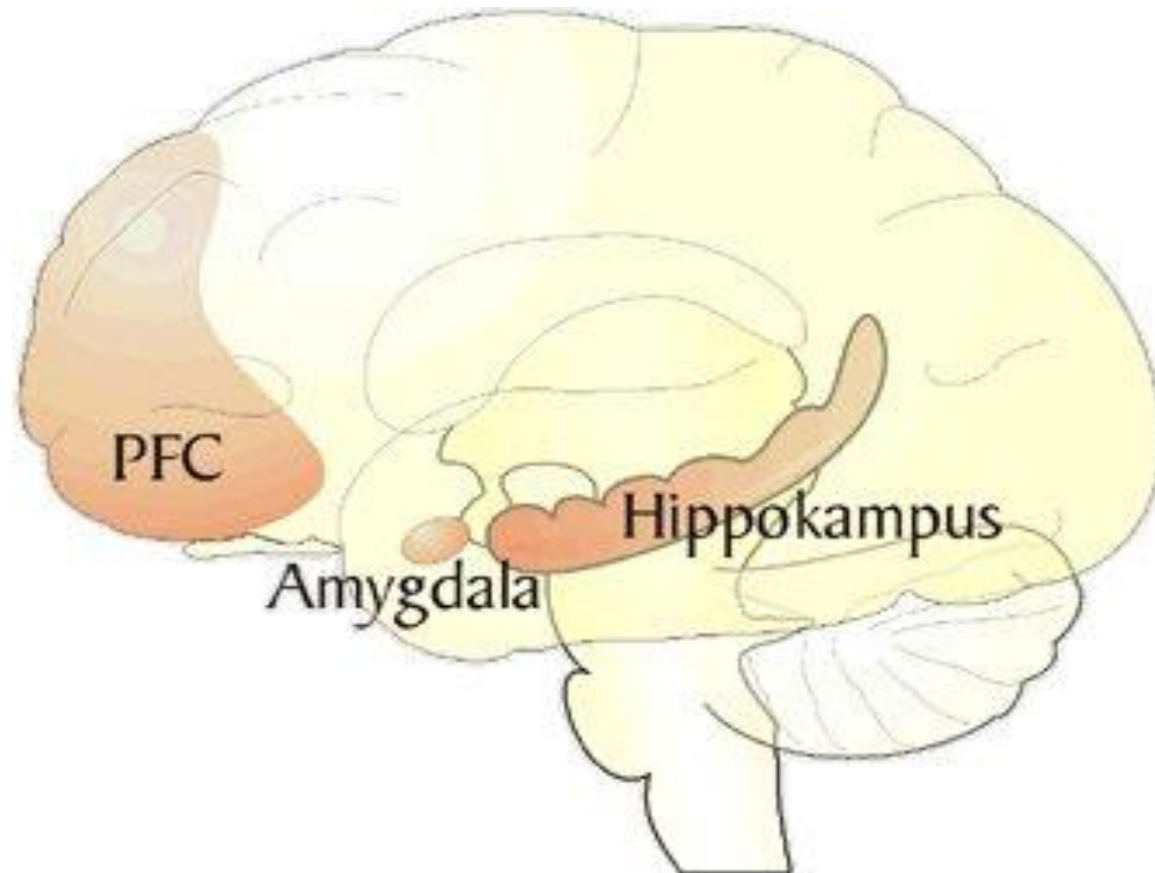
©HIPP

# Transgenerationale Übertragung der psychischen Erkrankungen



- **Erbliche Disposition: Funktionsstörungen des Gehirns (Neurotransmitter); *medikamentöser Behandlung***
  - Schizophrenie (z.B. auch Wochenbettpsychose)
  - manisch-depressive Erkrankung (z.B. auch Wochenbettdepression)
  - Suchterkrankungen (?)
- **Frühkindliche Bindungsstörungen (emotionale Vernachlässigung), Traumata z.B. unverarbeitete Beziehungsabbrüche (Bindungsverluste), Gewalt, sexueller Missbrauch: epigenetische Veränderungen der Stressbewältigungssysteme, neurobiologische Strukturstörungen; *Psychotherapie***
  - Angststörungen, Depressionen (komplexe posttraumatische Belastungsstörung)
  - Persönlichkeitsstörungen
  - Psychosomatische Störungen
  - Suchterkrankungen

## Erfahrungsabhängige Anteile des Gehirns



# Limbisches System: „emotionales Gehirn“



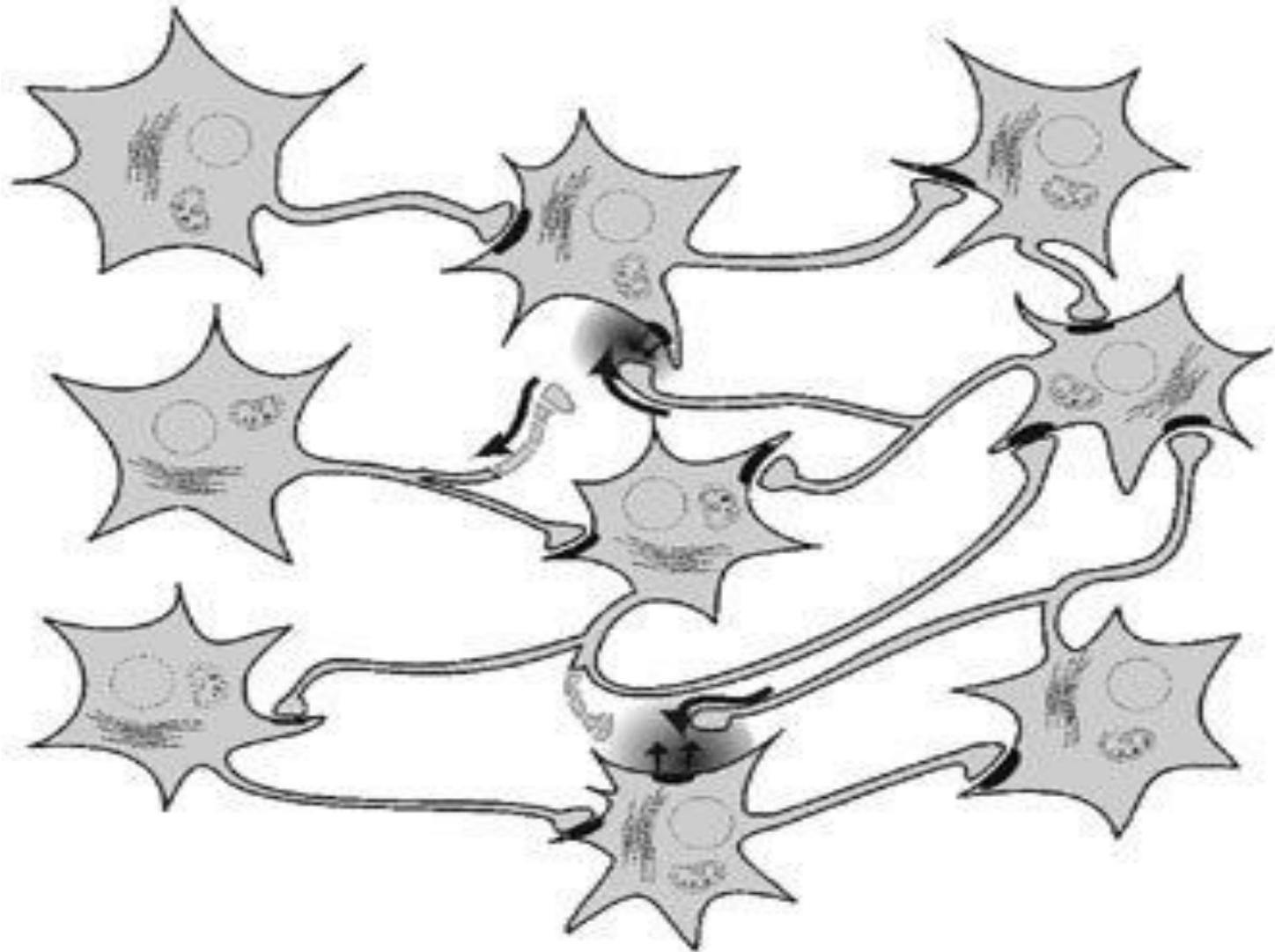
- Integrationsfunktion durch enge Verbindung zu allen Hirnstrukturen
- Zentrales Bewertungssystem des Menschen (Vergleich des aktuellen Erlebens mit Vorerfahrung)
- Amygdala (älteste Struktur): implizites bildhaftes („heißes“) Gedächtnis, „Feuermelder“, Zentrum der furcht- und angstgeleiteten Gefahrenabwehr / Teil des Bindungssystems (Hirnstamm-Hotline, Aktivierung des autonomen Nervensystems, Hemmung des Broca-Sprachzentrums)
- Hippocampus („Bibliothekar“): explizites, sprachgebundenes („kaltes“) Gedächtnis, Kontextualisierung (Verortung in Zeit und Raum) durch Vernetzung mit Kortex (biografisches Gedächtnis)
- Nucleus accumbens: Belohnungssystem nach positiver Beziehungserfahrung, erfolgreichem Problemlösen, Spielen, Sexualität (Dopaminschwemme mit nachfolgender Endorphinfreisetzung), Teil des Explorationssystem, Neugier

Präfrontale Großhirnrinde  
(Integration von Kognition und Emotion)  
sprachdominiertes „Ich-Bewusstsein“

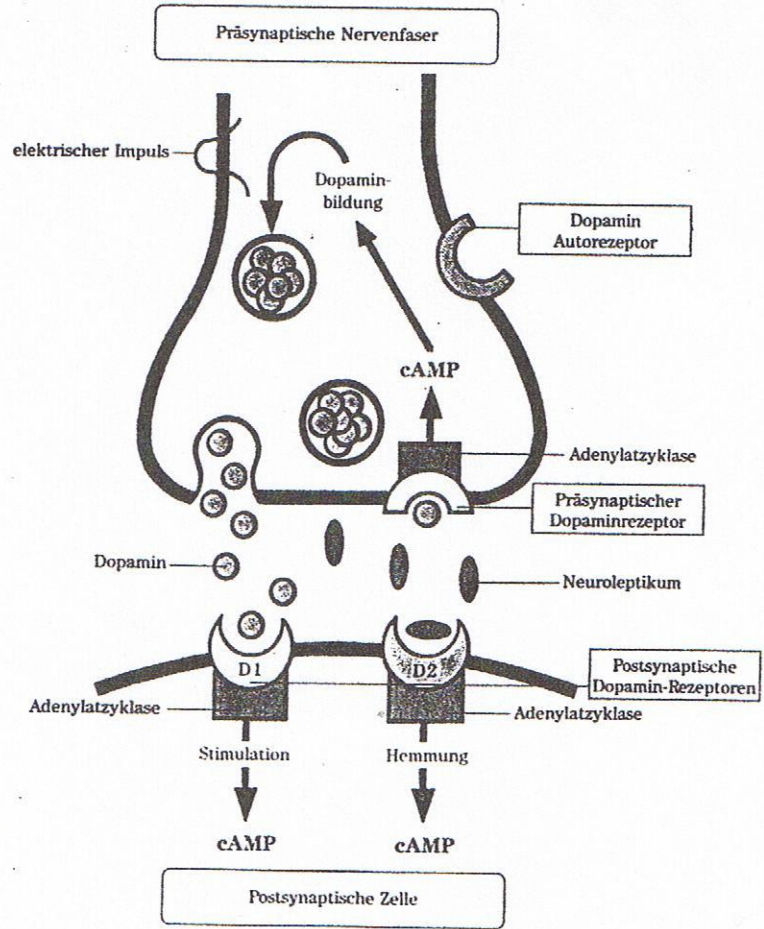


- Steuerungsfunktionen: Selbstkontrolle (Frustrationstoleranz), Realitätsprüfung
- Problemlösungskompetenz (Antizipation, Umgang mit hoher Komplexität)
- Mentalisierung (soziale Kompetenz): Selbstreflexion/Empathie
- Motivation, Konzentrationsfähigkeit
- Gewissen (Moralische Instanz)

# Neuronale Vernetzung und biochemische Informationsübertragung



# Blockade postsynaptischer Dopamin-D<sub>2</sub>-Rezeptoren durch Neuroleptika



# Einteilung der Traumata (neurobiologische Strukturveränderungen)



- **Existenztrauma:** Todesnäherfahrung z.B. Unfall, Naturereignis, interpersonale Gewalt z.B. Überfall, Folter, sexueller Missbrauch etc.
- **Verlusttrauma:** Tod des Kindes, des Partners, der Eltern, Heimaufenthalte, Adoptiv-Pflegeeltern etc.
- **Entwicklungs-trauma** (Bindungsstörung, sequentielles Trauma): Vernachlässigung, emotionale Misshandlung, Lieblosigkeit
- **Bindungssystemtrauma:** Familiensystem (oder gesamte Gesellschaft) werden von Trauma dominiert (z.B. Kriegsfolge): dissoziativer Lebensstil (Verleugnung, Empathielosigkeit), Kompensation (Arbeit, Religion, Alkohol), Symptombildung (Depressionen, Gewalt), Retter-Täter-Opfer-Reinszenierungen („Drama-Dreieck“)

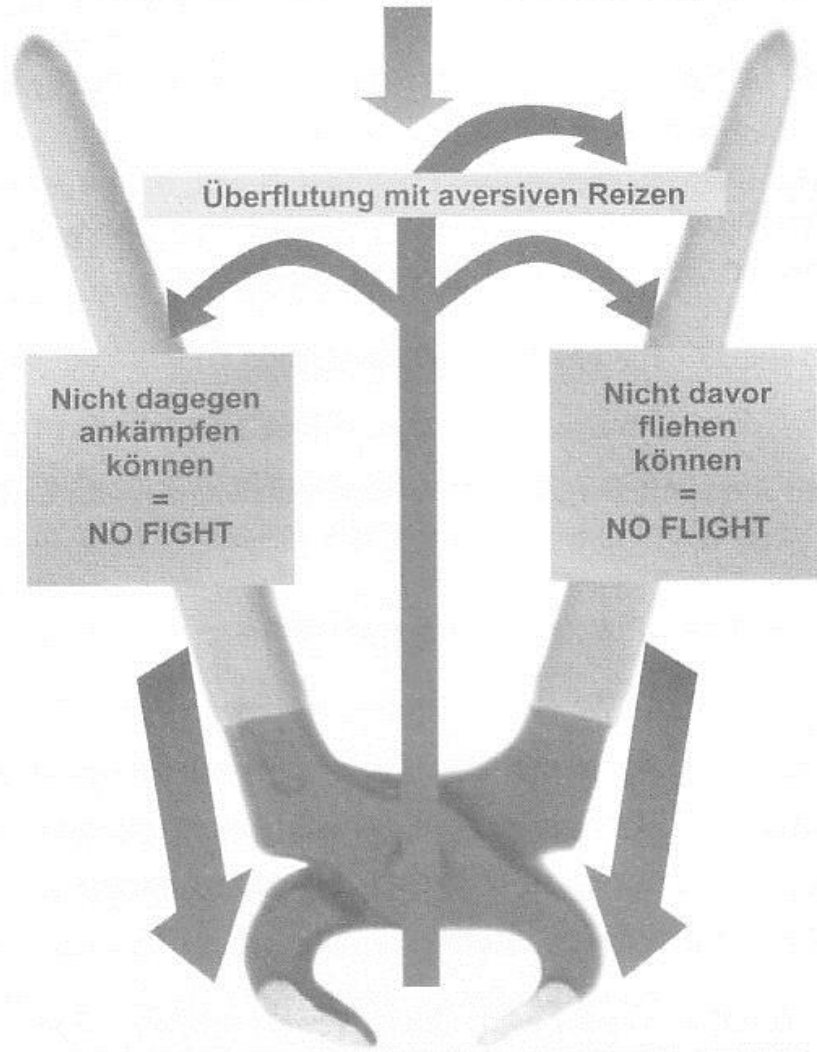


# Traumatische Zange (Michaela Huber)



- Diskrepanz: Bedrohliche Situationsfaktoren (Vernachlässigung, emotionale Misshandlung, Gewalt, sexueller Missbrauch etc.)/Ressourcen (dauerhafter Erschütterung des Sicherheitsgefühls)
- Überflutende Angst (Schock, Todesnähe-Erleben) → **Furcht-Kognitions-Sympathikussystem** (Adrenalin-Cortisolausschüttung)
- Ohnmacht (kein Kampf möglich), Hilflosigkeit (keine Flucht)
- Notabschaltung des Furcht-Sympathikussystems →
- Aktivierung des **Panik-Bindungs-Parasympathikussystems (Oxytocin)**: Unterwerfung, Hilfeschrei, → Panikattacke (Herzrasen, Zittern, weiche Knie, Stuhl-Harndrang) → Abrisspunkt: „Totstellreflex“(Zusammenbruch der psychischen Organisation, sensomotorische nonverbale Speicherung):
  - Paradoxe Ausschüttung von Endorphinen (Glückshormonen, Lustgefühl?)
  - Dissoziation:
    - ✦ Erstarrung („Freezing“)
    - ✦ Bewusstseinsveränderung (Trance), Narkose, Gedächtnisstörung
- No Fight, No Flight, Freeze, Fragment- Konstellation

Äußeres stressreiches Ereignis



Überflutung mit aversiven Reizen

Nicht dagegen  
ankämpfen  
können  
=  
NO FIGHT

Nicht davor  
fliehen  
können  
=  
NO FLIGHT

Konsequenz: FREEZE und FRAGMENT

# Neurobiologische Veränderungen: Entwicklungsstörung, Integrationsstörung



- Hyperaktivität und –reagibilität durch Dysbalance der Stresshormon-Achse (Epigenetik)
- Überaktivität der Amygdala mit verstärktem Angsterleben (Hyperarousal, Hypervigilanz)
- Hemmung der Hippokampusfunktion (Verkleinerung, wechselhafte kognitive Leistungsfähigkeit)
- Unteraktivität des Präfrontalkortex mit verminderter Fähigkeit zu reflexiver top-down-Regulierung (Mentalisierungsdefizit, „Seelenblindheit“)
- Unzureichende Konnektivität der beiden Hirnhälften

# Traumafolgen

- Traumaerinnerungsfragmente werden isoliert, dissoziiert und nonverbal im limbischen System (meist in Amygdala) als „Hot Spots“ gespeichert
- Trauma kann nicht als Narrativ mit Anfang, Verlauf, Bedeutung und Ende bearbeitet (integriert) werden:
  - keine Zuordnung zur biografischen Vergangenheit (keine Historisierung mit ständiger Bedrohung der Gegenwart)
  - Reinszenierung (Handlungskommunikation) mit dem Ziel der erfolgreichen Beendigung oder der Abwehr (in Opfer- oder Täterrolle)
  - Wiedererleben bei Ruhe (Intrusionen) oder Triggerreizen (Flashbacks): Überfluten des Bewusstseins mit bildhaften, halluzinatorischen, traumatischen Inhalten
  - Abschaltmodus (Dissoziation, Freezing)

# Traumafolgestörungen



- Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (häufig als Angststörung und/oder Depression diagnostiziert)
- Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung dominieren heftige Wut, Impulsivität, interpersonelle Spaltungen und instabile Beziehungen.
- In 80% der Fälle zeigen Borderline-Persönlichkeitsstörungen Symptome der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung

# Fehleinstellung der autonomen Stressbewältigungssysteme Notfallbereitschaft im „Kriegsgebiet und Minenfeld“ (Trigger)



- Enges Stresstoleranzfenster (mittlerer regulierbarer Erregungsbereich, Lernfenster) im Dilemma zwischen:
- einem „Zu-Viel-Fühlen“: erhöhtes vegetatives Erregungsniveau, erhöhter Sympathikotonus (Hyperarousal), Ängstlichkeit, Unruhe, Hilflosigkeit, Reizbarkeit, Schmerzsyndrome, Schlafstörungen (Hypervigilanz) evtl. Intrusionen, Flashbacks
- und einem „Zu-Wenig-Fühlen“: Abschaltmodus (Dissoziation), erhöhter Parasympathikotonus (Hypoarousal), Apathie, Betäubung (numbing)

# Auslösung des Notfallprogramms



- „Fehlalarmierung“ der vegetativen Traumnetzwerke (Amygdala) bei Überforderung, Frustration, Triggerreizen oder Aktivierung des **Annäherungs-Vermeidungs-Konfliktes** →
- Reaktualisierung des Traumas („alter Film“): Orientierungsverlust (Zeit, Ort, Person), Täterübertragung → Todesangst mit affektiver Überflutung
- Unkontrollierte Überlebensreaktionen mit katastrophischen Reflexmustern (Bottom-Up-Steuerung, Defensivreaktionen):
  - Furcht-Sympathikus-System: Kampf (Wut) – Flucht (Angst)→
  - Panik-Bindungs-Parasympathikus-System: Unterwerfung (Hilfeschrei)
  - Notabschaltung („Totstellreflex“): Dissoziation/Erstarrung (Freezing)

# Mentalisierung (Präfrontalhirnfunktion)

## reflexiver Modus, Metakognition



- Metaperspektive („**innerer Beobachter**“): Fähigkeit sich selbst von außen (Selbstreflexion) und andere von innen zu sehen (Empathie)
  - Abgrenzung Subjekt (Selbst)/Objekt
  - Abgrenzung Fantasie /Wirklichkeit (Realitätsprüfung)
- Wissen um die geistigen Prozesse hinter dem eigenen Verhalten und dem anderer Menschen: Gedanken, Gefühle, Überzeugungen, Wünsche
- Mind reading: Verständnis (Interpretation) der psychischen Zustände hinter den Handlungen anderer Menschen (Vorhersehbarkeit)
- Meta-korrektives Gegenmittel bei psychischen Stress („innerer, funktionaler Dialog“ zur Affektregulation und Impulskontrolle)
- „Playing with reality“: Spielerische Interpretation der Realität (Fähigkeit zum Perspektivwechsel, Haltung des „Nicht-Wissens“, Humor)
- Antizipation (Denken als Probehandeln!)
- Moralische Urteilsfähigkeit, Verinnerlichung sozialer Normen (Gewissen)
- Abhängigkeit von der Mentalisierungsfähigkeit des Interaktionspartners (Fachkraft!)



# Vormentale Zustände: Kinder vor 5. Lebensjahr, traumatisierte, schizophrene, hirngeschädigte oder demente Menschen



- Äquivalenzmodus: (Symbiose; Grenzstörung zwischen Selbst und Objekt; Gemeinschaft durch Gleichheit!):
  - kein Unterschied zwischen mentaler und äußerer Realität (z.B. beim „Versteck-Spielen“, „Vogel-Strauß-Verhalten“)
  - Intoleranz gegenüber abweichenden Perspektiven (Gefühl ist Wahrheit! Keine Krankheitseinsicht, Gedächtnisorganisation)
  - Kritik an Handlung ist Angriff auf die Integrität der Person (Opferidentität, „Mobbing“)
  - Eigene psychische Zustände werden im Gegenüber wahrgenommen (paranoide Projektionen, „Verschwörungstheorien“)
  - Erschreckende innere Bilder bekommen Realitätscharakter (Flashback, Halluzinationen bei Schizophrenie/Entzug)

# Vormentale Zustände (2)



- **Als-Ob-Modus (Spaltung, Schutz durch Desintegration):**
  - Innere Welt (innerer „Spielraum“) ist von äußerer Realität entkoppelt (Gedanken bilden keine Brücke) z.B. Verleugnung von unerträglichen Erlebnisanteilen (keine Gefühle!), Pseudologia phantastica, Flucht in Illusionswelten (Kindernamen!), Zweitidentität in der virtuellen Internetwelt
  - Gefühle von Leere und Bedeutungslosigkeit (Dissoziation, Entfremdung von sich selbst und der Welt): Überwindung durch Aggression oder Autoaggression

# Vormentale Zustände (3)



- **Teleologischer Modus: Orientierung an Fakten und Handlungen (Schutz durch Abhängigkeit)**
  - Kontrolle: Die Umwelt muss funktionieren, um eigene innerer Spannung zu mindern (Bezugspersonen als Hilfsobjekte, Angst vor Verlassen-Werden) → Manipulationen/Gewalt
  - Nur das Ergebnis zählt: Absicht ist von beobachtbarer Handlung abhängig (Konkretismus)
  - Innere Zustände werden nur durch real befriedigende Handlungen oder körperliche Eingriffe beeinflusst (Ausagieren): Konflikte → Gewalt; Wohnungswechsel (Beratungsresistenz z.B. bei SpFh) etc., innerer Schmerz/Leere → Selbstverletzung, Risikoverhalten, Gewalt, Suchtmittelkonsum, etc.; Liebe → Sex;
  - Magisches Denken: Korrelation wird als Ursache fehlgedeutet (paranormale Ursachenattribution: Anwendung von Formeln, Ritualen, Sprüche, „Naturheilmittel etc.)

# Biopsychosoziale Traumafolgen: Der Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt



- Entfremdung von sich selbst und der Welt (Einsamkeit, keine Zugehörigkeit) → Sehnsucht nach „regulierender“ (symbiotischer) Nähe
- Gefühl der Schutzlosigkeit („gefrorene“ Ohnmacht)
  - Bedrohungsgefühl (Sehnsucht nach schützender Nähe, kein Allein-Sein! Sicherheit durch Unterwerfung)
  - Soziophobie (Angst vor „bedrohlicher“ Nähe, Vermeidungsverhalten)
- Urmisstrauen (Beziehungsvorsicht nach elterlichen „Verrat“) → Sicherheit durch Distanz und Kontrolle
  - Ablehnung von Beziehungsangeboten
  - Eifersucht
  - Grenzüberschreitende Dominanz („instrumentelle“ Gewalt)

# Trauma-Brille: Spaltungsphänomene im Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt



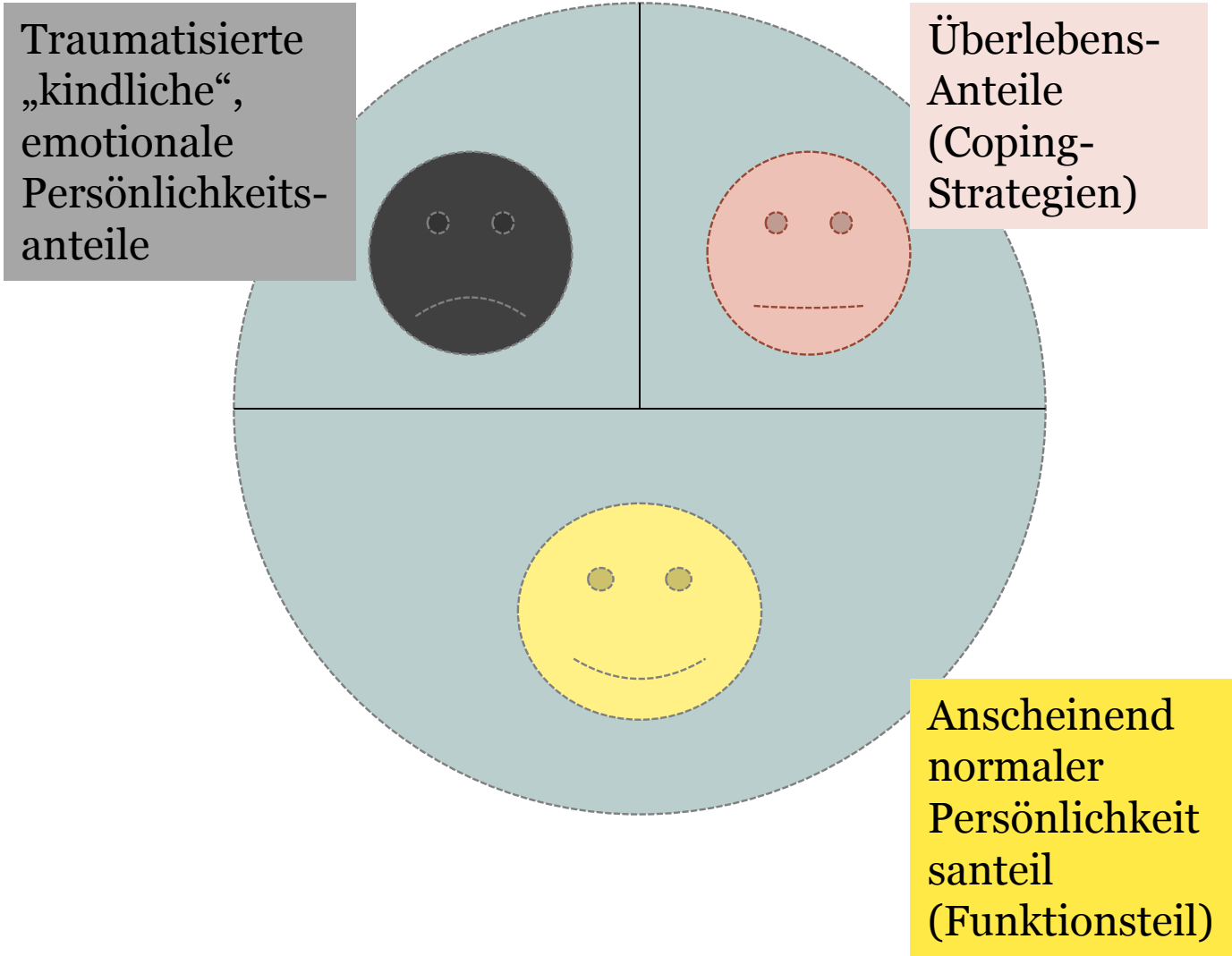
- Phobien gegenüber Bindung und Bindungsverlust (Kognitive Blockade), „Gut-Böse-Dichotomie“:
  - Retterübertragung („guter“ Elternteil): „verführerische“ Interaktion; Idealisierte Bezugsperson wird im Rahmen einer Symbiose-Fantasie (Fusion) Beschützer, Container (Ausschaltung des Bedrohungssystems, Mentalisierung der bedrohlichen Affekte); Verlust der Kritikfähigkeit bei der Fachkraft → kein Kinderschutz möglich!
  - Täterübertragung („böser“ Elternteil): Nach Frustration der Symbiose-Bedürfnisse Wut, Entwertung, Kontrolle (Aktivierung des Bedrohungssystems) mit projektiver Identifizierung und Kontaktabbruch, „Hopping-Verhalten“ oder rascher Wechsel von Nähe und Distanz („Ich hasse Dich, verlass mich nicht!“)
  - Gegenübertragung: Spaltung des Helferfeldes in Retter (Verstrickung, Symbiose) und Täter (Kontrolle, Feindseligkeit)

# Diagnose und Prognose bei Persönlichkeitsstörungen



- Nachweis von Traumatisierungen in der Vorgeschichte: Vernachlässigung, Bindungsabbrüche (z.B. Heimaufenthalte, Pflegefamilie, Tod eines Elternteils etc.), Gewalt, sexueller Missbrauch etc.
- Beziehungsverläufe: Partner, Helfer, Arbeit etc.
- Aktuelle Symptomatik: Coping-Strategien (Selbstverletzung, Alkohol, Drogen, Essstörungen, Internetmissbrauch etc.)
- Mentalisierungsniveau: Problemkongruenz (Krankheitseinsicht) und Hilfeakzeptanz (Therapiemotivation)
- Fremdanamnese wichtiger als aktueller Untersuchungsbefund! (Täuschung als Überlebensstrategie!)  
→ Kooperations- (Begutachtungs-)problematik (Spaltung)

# Strukturelle Dissoziation nach Trauma-Erfahrungen ( van der Hart, Nijenhuis, Steele modifiziert nach Ruppert)



# Bewältigungsstrategien (Coping)

## 1. Vermeidung (Schutz vor Überlastung, Trigger)



- Keine Gefühle (Nähe)! Wenig Empathie mit sich und anderen (Wickelszene; kein Stillen!)
- Schulabsentismus, Abbruch von Ausbildungen, Erwerbslosigkeit: Soziophobie (Schamgefühl, Mentalisierungsdefizit, Misstrauen), Stressintoleranz: → „Langeweile“, Überforderung (Aufmerksamkeit), Außenseiterrolle, „Mobbing“, Ungerechtigkeit (Bestrafung von Kontrollverlusten)
- Konfliktvermeidung / Aktionismus: Erfüllung der Erwartungen anderer (falsches Selbst), Überlastung mit Pflichten und Aufgaben, kein „Nein-Sagen“ (zwanghafte Gefügigkeit), wenig Selbstfürsorge (Workaholismus, Opferidentität, „Burn Out“)
- Keine Trauma-Erinnerung: Ablehnung von Psychotherapie
- Konstriktion bei Triggergeneralisierung: Ausweitung der „Gefahrenzonen“ bis zur Handlungsunfähigkeit (Verstecken in der Wohnung, kein Öffnen der Post, keine Behördenkontakte, Leben in der Parallelwelt des Internets)



## 2. Kontrolle / Illusion



- **Kontrolle:**
  - Andere Menschen: Manipulation, Beherrschung, Rache, „instrumentelle“ Gewalt
  - Zwänge
  - Definition von Tabuzonen (Verleugnung von Trauma und psychischer Störung)
  - Hilfe-Kontroll-Dilemma
- **Illusionen / Ablenkung:**
  - Traumbilder: Idealer Partner, ewige Liebe, heile Familie, grandioser beruflicher Erfolg, berühmte Kinder, Autarkie etc.
  - Retter-Identität: Lösung der Problem anderer
  - Esoterik, sektiererische Religiosität
  - Internetmissbrauch (Flucht in Parallelwelt)

# Pathologische Internetnutzung



- **Multimediageräte (Smartphone):** Telefonieren, SMS, Chatten (Pseudokontakte) →
  - Lösung des Annäherungs-Vermeidungs-Konfliktes
  - Anxiolyse (z.B. kein Allein-Sein!)
  - Stimulation (bei dissoziativen Zuständen)
  - Partnersuche (idealisierende Projektionen, Rettungsübertragung)
- **Multiplayer-Online-Rollenspiele (z.B. WOW, Second Life):**
  - klare Strukturen und Regeln (Sicherheit, Orientierung, Gerechtigkeit)
  - Erfahrungen der Zugehörigkeit („Gilde“)
  - Selbstwirksamkeit mit unmittelbarer Stimulation des Belohnungssystems (Dopamin)
  - Transzendentales Selbsterleben als Avatar in einer Märchenwelt (Omnipotenz bei ausgeschaltetem Körpererleben)

# 3. Kompensation und Symptombekämpfung



- Hilfsobjekte: Tiere, Partner, Kinder, Übergangsobjekte
- Selbstverletzung: Affektregulation (Spannungsabbau, Rückgewinnung der Kontrolle); Abwehr von Dissoziationen und Flashbacks; Selbstbestrafung; soziale Funktionen (Handlungsbotschaften: Aufmerksamkeit, sekundärer Krankheitsgewinn mit Angst- und Stressabwehr)
- Essstörungen (Adipositas, Bulimie, Anorexie): affektive Regulation
- Alkohol und andere Drogen (Cannabis, Amphetamine): Von der Selbstmedikation (Amygdala/Anxiolyse) zur Sucht (Nucleus Accumbens/gute Gefühle, Rausch) mit psychischer bis physischer Abhängigkeit

# Hochkomplexe Hilfen in der multiinstitutionellen Kooperation



**SCHNITTSTELLENPROBLEMATIK,  
SYNERGIEEFFEKTE**

# Hochkomplexer Hilfebedarf als multiinstitutionelle Herausforderung



- Kultur der Abgrenzung: keine strukturbasierte systemübergreifende Kooperation
- Unübersichtlichkeit der komplexen Problemstellungen
- Aufwendige Abgrenzungserfordernisse zwischen den Institutionen
- Hohe Differenzierung und Spezialisierung der Ausbildungswege
- Stigmatisierung
- Doppelte Tabuisierung: der psychischen Störungen und ihre Auswirkung auf die Erziehungskompetenz

# Institutionelle Kooperationshindernisse



- Informationsproblem: geringes Wissen über Aufträge, Arbeitsweisen, Handlungslogiken, Problemlösungskompetenzen, Hilfsleistungsangebote der Kooperationspartner
- Erwartungsproblem: überzogene Erwartungen an die Leistungsfähigkeit des jeweils anderen Systems (Gefahr der Erwartungsenttäuschung und des Vertrauensverlustes)
- Finanzierungsproblem: Unterschiedliche Finanzierungsquellen und Anspruchsvoraussetzungen
- Intrakooperationsproblem: Tendenz zur Schließung der beteiligten Institutionen des psychiatrischen Versorgungsnetzes; berufsgruppenspezifische Konflikte
- Kommunikationsproblem mit dem Familiengericht als fachfremder, aber übergeordneter Entscheidungsinstanz (Gutachterproblematik, lange Klärungsintervalle, Bereitschaftspflege)

# Institutionelle Voraussetzungen multiprofessioneller Arbeit im Traumakontext



- Haltung/Bewusstsein: Bedeutung des Themas (Gefährdung der Kinder); integrative Wahrnehmung der Familien- und Helfersysteme (Kooperation im Zentrum der Hilfeerbringung; Multiproblemfamilien sind Multiinstitutionsfamilien!)
- Aufbau verbindlicher multiinstitutioneller, systemübergreifender Kooperationsstrukturen (Gesundheitswesen, Erwachsenen- Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- Jugendhilfe, Kita, Schule) mit Koordinationsfunktion
- Personen- und fallunabhängige Standardisierung
- Niedrigschwellige, aufsuchende Zugangsvoraussetzungen (Gehstruktur)
- Arbeit an einem gemeinsamen Fallverständnis: systemübergreifende Qualifizierung (Fähigkeit zum Perspektivwechsel)
- Ressourcenausweitung (Bindungsinvestment!)

# Institutionelle Voraussetzungen zur Verbesserung der Passung zwischen Bedürfnissen (Erwartungen) der Klienten und den multiprofessionellen Angeboten



- Frühe bindungsfördernde Hilfsangebote (Schwangerschaft!)
  - Systemübergreifende Enttabuisierung (Schwangerschaftsberatungsstellen, Hebammen, Kinderkrankenschwestern, Gynäkologen, Geburtskliniken, Kinderärzte, Kinder- und Jugendhilfe)
  - Niedrigschwelliger Zugang zur Psychiatrie (Klärung der gegenseitigen Erwartungen) → Diagnostik, Zugang zu psychiatrischen Therapieangeboten
  - Spezifische Interventionen: Videomethoden
- Betreuungskontinuität: Präventionsketten sind Bindungsketten (Case-Management, Lotsenfunktion)
- Erwartungsdivergenzen: Hilfe zur Selbsthilfe (rasche Autonomiegewinnung, Zielformulierung/ Überforderung) versus **Hilfe zur Stabilisierung** (Langzeitstrategie mit Kompensation und Substitution von Ressourcen, Versorgung der Kinder“) z.B. durch Kombination von Erziehungshilfe und ambulant betreutem Wohnen (Tandemmodell)
- Präventionsangebot (z.B. Kipkel) für ältere Kinder: Information, Förderung der Selbstkenntnis, Bearbeiten der Schuldgefühle, Partizipation, Patenschaften, soziale Integration



# Traumapädagogik



**SICHERHEIT, ENTWICKLUNG,  
RESSOURCENAKTIVIERUNG UND  
KOMPENSATION**

Der sichere äußere Ort:  
Der Helfer als „Sicherheitsbeauftragter“  
(Verminderung des Postmigrationsstresses)

- Konkrete Hilfeplanung als haltgebende Leitplanke (Erwartungen, Ressourcen, Defizite, Herstellung eines Realitätsbezug)
- Zeitnahe Klärung des Aufenthaltsstatus (bloße Duldung erhöht den Stress)
- Schutz vor bürokratischen Übergriffen (ultimative Vorladungen, peinliche Verhöre über das Trauma etc.)
- Suche eines sicheren Wohnortes (Verlassen der Massenunterkünfte)
- Sprachliche und kulturelle Vermittlung
- Geschlechtersensible Angebote
- Ersthelfer-Funktion: Externe Affektregulation (keine Ansteckung! Beruhigung) und Reizmodulation (Schutz)

# Struktursetzung ( Regeln, Grenzen): der sichere äußere Ort



- Objektivierbarer Bezugsrahmen bei Konflikten: Konfrontation in der Haltung der Akzeptanz (z.B. des „guten Grundes“ des Regelverstoßes) und des Respektes (sonst Machtkampf, Beziehungsabbruch)
- Konsequenz bei Umsetzung: Kontinuierliche Erinnerung an die Vereinbarung (Wiederholung!), Kontrolle der Umsetzung (Informationsketten); **zeitnahe** Klärung der Ursachen von Unzuverlässigkeiten.
- Vermeidung von Spaltung der Fachkräfte!
- Förderung von Spiritualität (Rituale, Jahrestage etc.): Trost, Heimat, Geborgenheit etc.

# Umgangsregeln / Gesprächsführung: Sicherheit; Vermeidung von Überforderung



- **Transparenz:** Teilnehmer, Beratungsthemen, Gesprächsdauer, Pausen etc.
- **Aktive Einstellung und Gesprächsführung** (Schweigen symbolisiert Desinteresse oder Bedrohung) mit Benennung der eigenen Ziele und Handlungen (Vorhersehbarkeit)
- **Störungen haben Vorrang:** Pause oder Vertagung bei Unruhe, Erschöpfung, Aggressivität, Absinken der Aufmerksamkeit etc.
- **Vorsichtiger Umgang mit Konflikten** (Kritik an Handlung wird gleichgesetzt mit Ablehnung der Person): Jede Perspektivdifferenz (Kritik, Konflikt, Benennung von Defiziten) muss mit einer positiven Beziehungsbotschaft (z.B. „Wir arbeiten gut zusammen!“) und einem Ressourcenhinweis (z.B. „Sie haben wichtige Fortschritte gemacht!“) verknüpft werden.
- **Ständige Überprüfung des Stressniveaus** (Feedback-Schleifen, keine längeren Monologe)

# Entwicklung und Integration

## Angebot „heilender“ Beziehungen

Fachkraft als „Entwicklungshelfer/in“ (Exploration, Erzeugung einer „Entwicklungsstimmung“):

- Bindungsangebot als reale (Begrenzung) statt ideale Bezugsperson (Symbiose), sonst Teil der Täter-Opfer-Reinszenierung (Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt)
- Teilhabe (Mitwirkung, Mitbestimmung), maximale Transparenz (Kontrollverlustängste!)
- Situative Kontaktgestaltung (Anschluss an aktuellen Persönlichkeitsanteil/Übertragungskonstellation)
- Barrierearmer Zugang zu Diagnostik und Psychotherapie
- Soziale Integration: Schule, Ausbildung, Arbeit, Vereine etc. (Selbstwirksamkeitserfahrungen, Tagesstruktur)

# Schizophrenie: Prinzipien des Umgangs



- **In der akuten Phase** Schaffung eines reizarmen Bezugsrahmens (beruhigende Milieufaktoren, Soteria-Modell), medikamentöse Behandlung, bei Gefährdung Zwangseinweisung
- **In der Remissionsphase** Entwicklung eines personenbezogenen und integrierten Hilfeplanes (Eingliederungshilfen) unter Berücksichtigung von Soziotherapie (Case-Management, Lotsenfunktion), BeWo, psychiatrische Krankenpflege, Tagesstätte, Ergotherapie, berufliche Rehabilitation (Berufstrainingszentren), Werkstätte für psychisch behinderte Menschen, supportive Psychotherapie (Familie), Psychoedukation (Patient als Experte seiner Erkrankung, verbesserte Kontrollerwartungen, Verstehbarkeit), gesetzliche Betreuung
- **Bei Invalidisierung** und hoher Rezidivneigung Unterbringung in Übergangs- und Dauerwohnheimen (Reduktion sozialer Stressoren)

Ich bedanke mich für  
Ihre Aufmerksamkeit