

ENGELTHALER

Rundschau

Nachrichten aus der Frankenalb-Klinik Engelthal

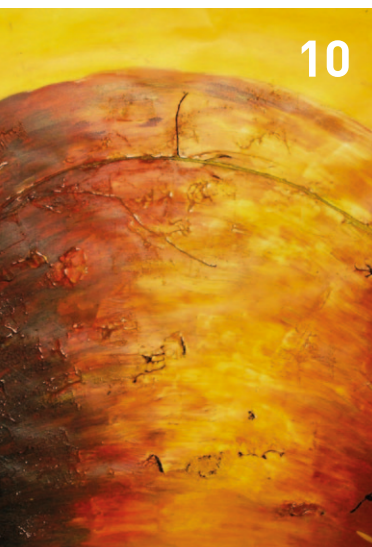
2016 / Ausgabe 30



Bindung

- ▼ Liebe ist eine Himmelsmacht
- ▼ Störungen im frühen Bindungssystem
- ▼ Die therapeutische Beziehung
- ▼ Freundschaften im Zeitalter sozialer Medien





Zur Künstlerin aller gemalten Werke in dieser Ausgabe:

Heike Scheierman, Jahrgang 1962: „Ich habe das Malen bei meinem ersten Aufenthalt in Engelthal im offenen Atelier wiederentdeckt. Es tut mir gut, ist für mich ein Medium, meine Gefühle auszudrücken.“ Mittlerweile im Verein GAGA e.V. in Nürnberg angekommen – das ist ein Selbsthilfeverein psychisch Erkrankter mit eigenem Atelier – mehr unter www.gagaev.de

Fotos URSULA BIERSCHEK: Titel, S. 4, S. 19, S. 27.

Fotos FOTOLIA: S. 11/krissikunterbunt, S. 12/Rudie, S. 14/majivecka, S. 21/Gstudio Group, S. 25 Hintergrundbild/stockphoto-graf

Inhalt

- ▼ Die Liebe ist eine Himmelsmacht 4–5
- ▼ Sechs Irrtümer der Liebe 6–7
- ▼ Bindung und soziale Kompetenz 8–9
- ▼ Störungen im frühen Bindungssystem als Ursache von Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter 10–12
- ▼ Verinnerlichung positiver Beziehungen 13
- ▼ ElternSein – ein Beratungs- und Unterstützungsangebot für psychisch kranke Eltern 14–15
- ▼ Die therapeutische Beziehung und ihre Bedeutung für Bindungserfahrungen 16–17
- ▼ Einsamkeit im Alter 18–19
- ▼ Freundschaften im Zeitalter sozialer Medien 20–21
- ▼ Wohltuende Beziehungsgestaltung 22–23
- ▼ Kunst als Brücke und Raum zum anderen 24–25
- ▼ Der erste Eindruck zählt – die zentrale Patientenaufnahme 26–27
- ▼ Veranstaltungshinweise / Impressum 28

Hinweis: Der Begriff Patient, Mitarbeiter, Arzt und sonstige Funktionsbezeichnungen in dieser Broschüre stehen für beide Geschlechter gleichermaßen.

© Bezirkskliniken Mittelfranken

Liebe Leserinnen und Leser,

die neue Engelthaler Rundschau hat den thematischen Schwerpunkt „Bindung“.

Sie erfahren in zahlreichen Beiträgen und Artikeln mehr über Hintergründe und die Entstehung von Bindungsstörungen im Säuglingsalter bis hin zu ihren Auswirkungen in der Gegenwart und den damit einhergehenden Herausforderungen an Beziehungen.

Wie oft ist es Ihnen selbst schon so ergangen, dass Sie sich einsam, vielleicht allein oder „beziehungsunfähig“ gefühlt haben? Ist es dann nicht eine Wohltat sich zu vergegenwärtigen, dass unser Dasein eigentlich fast ausschließlich auf Bindungen beruht? Bindungen als Kleinkind an die Eltern und die Ursprungsfamilie, im heranwachsenden Alter vermehrt an das soziale Umfeld und die ersten tiefen Freundschaften, während der Lehrjahre im Kollegium, den Kommilitonen, Ausbildern, während der ersten Berufserfahrungen in der Firma, der Einrichtung, währenddessen im Aufbau einer eigenen Familie ... In unserer schnelllebigkeit haben sich die Bindungswirkung von Familie und Umfeld geändert. Wem fühlen Sie sich wirklich verbunden? Wer begleitet Sie schon seit über 20 Jahren, 30 Jahren? Wie tief geht diese Verbindung, was kennen Sie von diesem Menschen? Fühlen Sie sich positiv verbunden oder negativ gebunden? Warum ist das so? Woher kommt die Fähigkeit sich (dauerhaft) zu binden, warum fällt es manchen leicht, manchen schwer? Ansätze und Erläuterungen zu diesen Fragestellungen sowie Antworten finden Sie auf den folgenden Seiten.

Erkunden Sie Ihre „Bindungen“ – vielleicht möchten Sie etwas vertiefen, vielleicht gibt es kräftezehrende Bindungen, die Sie loslassen möchten. Erfahren Sie sich selbst neu oder mehr über den Zusammenhang von Kunst auf unser Bindungsverhalten. All dies wurde hier für Sie erfasst.

Ein verbindliches Wort zum Schluss: Sie können sich jederzeit mit uns in Verbindung setzen! Denn um es mit Worten von Wilhelm von Humboldt zu sagen: „Im Grunde sind es doch die Verbindungen mit Menschen, welche dem Leben seinen Wert geben.“

Mit den besten Grüßen

Katharina Kopieczny

Katharina Kopieczny
Dienststellenleitung der
Frankenalb-Klinik Engelthal

Steckbrief

Katharina Kopieczny

- ▼ Seit dem 1. Oktober 2015 Dienststellenleitung der Frankenalb-Klinik Engelthal
- ▼ Juristin und Wirtschaftswissenschaftlerin mit Spezialisierung im Health-Care-Management.
- ▼ Seit 7 Jahren in kommunalen Krankenhäusern der somatischen Akutmedizin tätig und mit Sanierungs- und Restrukturierungsprozessen beauftragt.
- ▼ Nach über 15 Jahren in mehreren europäischen Metropolen, zuletzt in Berlin und Köln, freut sie sich darüber, in ihrer Heimat Mittelfranken tätig sein zu können, und die hier verbrachte Kinder- und Jugendzeit mit den hinzugewonnenen Erfahrungen nun im beruflichen Kontext zu verknüpfen.

DIE LIEBE IST EINE HIMMELSMACHT



Sollen wir die Liebe den Dichtern und Philosophen überlassen? Wollen wir das? Schließlich hat sie eine immense Bedeutung für unser Befinden, unsere Beziehung zu uns selbst, zu anderen, zum in der Welt sein. Schließlich ist sie Wurzel von Glück und Unglück.

Liebe wird in der Psychologie von Basisgefühlen wie Freude oder Angst unterschieden als komplexes kultur- und entwicklungsspezifisches Konstrukt. Ob ein Zustand als Liebe interpretiert wird, ist abhängig vom Einzelnen mit seinen speziellen Erfahrungen, seiner Nationalität, dem

sozioökonomischen Status, seiner Epoche mit geltenden sozialen Normen und Idealen.

Wir möchten das Nehmen und Geben von Liebe psychologisch etwas beleuchten, unsere Erfahrung geliebt zu werden und zu lieben.

Geliebtwerden in Entwicklungspsychologie und Psychotherapie

Im Zusammenspiel mit unseren frühen Bezugspersonen verinnerlichen wir Muster von Beziehung. Urvertrauen kann der Säugling nach dem

Psychoanalytiker Erik Erikson dann lernen, wenn seine Bedürfnisse nach Nähe, Geborgenheit und Sicherheit ausreichend erfüllt werden. Wenn das Kind, freundlich gespiegelt, den „Glanz im Auge der Mutter“ (Heinz Kohut) sieht, kann es sich selbst bejahen und bildet den Boden für eine stabile Identität aus. Donald Winnicott spricht von einem „haltenden Umfeld“, in dem das Kind gesehen und gehört wird. Die gute Mutter übermittelt: „Ich werde immer für dich da sein und dich nie verlassen. Ich liebe dich so, wie du bist.“ Dieses Paradies der bedingungslosen Liebe und der frühen Verschmelzung er-

zeugt in uns den Glauben ans eigene Gutsein, das Vertrauen in uns selbst und andere.

Wir wünschen uns, um unserer selbst willen mit Ecken und Kanten geliebt zu werden, zu spüren, „ich bin liebenswert“.

Ist die frühe Umwelt ablehnend oder desinteressiert, wird das Kind mit „bösem Blick“ angesehen, entsteht der Schmerz, ungeliebt zu sein. Die damit verbundene Enttäuschung und Wut wird oft nicht bewusst und nicht ausgedrückt, aus Angst, das Gegenüber zu verlieren. Sie richtet sich dann gegen das eigene Selbst, gibt sich die Schuld und glaubt, nicht liebenswert zu sein. Nach Leon Wurmser resultiert daraus eine fundamentale Scham. Sie verhindert, dass ein Mensch sich selbst liebt und offen in seinem Umfeld einbringt.

Der Verlust wichtiger Bezugspersonen oder die Erfahrung, dass Liebe und Zuwendung an bestimmte Bedingungen geknüpft sind, führen beim Kind zu einem Gefühl emotionaler Verlassenheit und Fremdheit. Manche Kinder gewöhnen sich das Fühlen ganz ab, um den Schmerz zu vermeiden. Sie sind abgeschnitten von den eigenen Bedürfnissen.

Um mit diesen spannungsreichen inneren Mustern und befürchteter Zurückweisung umzugehen, findet die Psyche zwei (Pseudo-)Lösungen:

1. Sich an andere und deren Erwartungen und Stimmungen anpassen, um Zurückweisung und Trennung zu vermeiden = das brave Kind sein, dabei aber entfremdet vom eigenen Selbst. Die Angst, nicht zu genügen, etwas falsch zu machen, selbst schuld zu sein, wenn andere sich abwenden. Da als Belohnung für die Anstren-

gung vermeintliche und wirkliche Wünsche der anderen zu erfüllen, Anerkennung und Liebe winken, werden eigene Grenzen übersehen, bisweilen geht das Gespür für sich selbst verloren, da der Fokus auf dem Gegenüber liegt.

Umgekehrt entwickeln solche Menschen gute Fähigkeiten, sich in andere hineinzuversetzen, sind hilfsbereit, gute Zuhörer. Dabei gibt es aber ein Missverständnis: Selbst wenn jemand viel für andere tut, sind diese nicht automatisch dankbar oder ihrerseits hilfsbereit. Vor allem, wenn wenig kommuniziert wurde. Der Gebende ist dann enttäuscht oder fühlt sich ausgenutzt.

Wenn eine Person ein sogenanntes „abhängiges Beziehungsmuster“ entwickelt hat, geht es in der Therapie darum, Wünsche und Impulse zu Unabhängigkeit, Selbstentwicklung und Grenzsetzung zu fördern.

2. die Pseudo-Autonomie. Die Sehnsucht nach Nähe wird nicht gespürt (geleugnet), die Person meint, alles alleine schaffen zu können und zu müssen. Solche Menschen haben Mühe, sich mit anderen zu verbinden, wirken oft arrogant und unnahbar. Oft leiden sie weniger darunter als ihr Umfeld – sie kommen auch seltener zum Psychologen, meist nach Kränkungen und Versagenserlebnissen. Mit ihnen muss in der Therapie das eigene Bedürfnis nach Verbundenheit, Verständnis und Nähe aufgedeckt werden. Dann können sie lernen, emotional berührbar zu werden.

Liebevoll sein können

Riemann definiert die Liebesbereitschaft als den Wunsch, der Ichbefangenheit zu entkommen durch Überwindung der Grenze zum Du. Lacan spricht von dem Begehren, im anderen das zu finden, was dem Selbst fehlt. Verena Kast sagt, der Liebende

sieht das Potenzial des Gegenübers in dieses hinein. So entsteht im liebenden Blick eine Erweiterung des Selbst und das Besondere im Du. Der Liebende fühlt sich lebendig, beteiligt, wächst über sich hinaus.

Woher kommt nun die Fähigkeit, ein Liebender zu sein? Einer, der für den anderen mitdenkt, der interessiert ist, der sich selbst öffnet. Imitieren wir frühe Vorbilder (s.o.), z.B. die liebende Mutter? Sind es die Spiegelneuronen (ein eigenes neuronales Netz spiegelt die neuronale Aktivität des Gegenübers – Gefühle sind ansteckend)? Erleben wir, dass unsere Liebe einen anderen beglückt, dass sie/wir gewollt werden? Von den Eltern, den Freundinnen und Freunden, den begehrten Partnerinnen und Partnern?

Menschen verlieren ihre Liebesfähigkeit in neurotischen Kompromissen, und kommen deswegen in die Therapie.

Wegen der Unfähigkeit, Trennungen zu betrauern, wegen der Angst, erneut verlassen zu werden. Wegen Unsicherheit, Misstrauen und Eifersucht. Die „Schuld“ beim anderen zu suchen, erleichtert zwar kurzfristig, ist aber eine Sackgasse. In der Therapiesitzung ist es wichtig, hinter der Anklage „du hast mich verlassen, nicht begehrt, nicht genug geliebt“, den Zugang zum eigenen Schmerz (und Bedürfnis) zu finden. Wie der Philosoph R. D. Precht sagt, hat Liebe mehr mit uns selbst zu tun als mit dem anderen. Die schlimmste Bedrohung für die Liebe sei der „Terror des Ideals“. Das Liebesklischee suggeriert ein Recht auf Glück und Selbstverwirklichung durch die ideale Partnerschaft – das Scheitern dieser Erwartung ist ein Grund, warum Paare zum Psychologen kommen. Hier können Vorstellungen und „Irrtümer“ reflektiert werden.

SECHS IRRTÜMER DER LIEBE

Als Psychotherapeuten versuchen wir, anderen Menschen zu helfen mit ihrer Psyche besser zurechtzukommen. Viele Fragen, die sich auf Ängste, Selbstvertrauen, seelisches Gleichgewicht, innere Ruhe und Lebensmut beziehen, hängen auch mit dem großen Thema der Liebe und der Ausdrucksformen dieser zusammen. Das Leben ist sinnvoll, wenn Liebe erlebt wird.

Viele Schwierigkeiten und Beziehungskonflikte hängen mit einigen Irrtümern über die Liebe zusammen. Diese können das psychische Wohlbefinden negativ beeinflussen und sehr beeinträchtigen. Hier einige verbreitete Irrtümer.

2. „Sexualprobleme gelöst, alle Probleme gelöst.“

Die Häufigkeit sexueller Probleme wird in vielen Beziehungen unterschätzt. Für viele sind Sexualprobleme von großer Bedeutung und sie werden davon stark in Anspruch genommen. Sodass die Meinung entstehen kann, dass durch die Lösung dieser Probleme auch alle anderen Probleme gelöst werden. Eine erfüllte Sexualität ist ein wesentlicher Teil des menschlichen Lebens, aber nicht die Lösung aller Probleme. Durch die Liebe können hingegen Probleme gelöst oder gemildert werden. Damit ist aber nicht nur die Liebe zu einem speziellen Partner gemeint, sondern eine generelle Liebe, eine Entfaltung der gesamten Liebesfähigkeit, die Richtung, Stabilität und Sinnerfüllung gibt.

Leg mich wie ein Siegel auf dein Herz, wie ein Siegelreif dir um den Arm! Stark wie der Tod ist die Liebe.

(Hoheslied Salomos)

1. „Sexualität macht frei.“

In der Psychoanalyse hat durch S. Freud und W. Reich die Entfaltung und Befreiung der sexuellen Triebenergie eine große Bedeutung für die seelische Gesundheit gewonnen. Es wäre dennoch ein großer Irrtum zu glauben, dass die Befreiung der Sexualität alleine Menschen gesund und entspannt macht. Sexualität und Liebe sind zwei Vorgänge, die zusammengehören, aber nicht miteinander verwechselt werden dürfen. Sexualität ohne Liebe ist möglich, und Liebe kann sich ohne Sexualität entfalten. Wer nur seine Sexualität entfaltet und dabei seine Liebesfähigkeit nicht gleichzeitig mitentwickelt, kann keine volle Befriedigung finden. Die Sexualität wird oft mit Liebe verwechselt. Zudem wird geglaubt, dass ein sexuelles Erlebnis eine Voraussetzung für die Liebe ist. Die Grenzen können oft auch verwischt sein, sodass man nicht mehr weiß, ob wir lieben oder nicht.

*Love, love, love
is all you need.*
(The Beatles)

*Wie ein heimlicher Brunnen
murmelt mein Blut,
immer von dir, immer von mir.*
(Else Lasker-Schüler)

3. „Liebe in der Jugend ist anders als im Alter.“

Für viele Menschen ist Liebe in der Jugend anders als im Alter. In der Jugend ist sie neu, frisch und führt zu neuen Erfahrungen, die besonders stark empfunden werden. Mit zunehmendem Alter erleben viele Menschen in Partnerschaften eine Veränderung der Liebesempfindungen, und häufig ist die Sexualität zu einer uninteressanten Gewohnheit geworden. Mit dem Erwachsen- und Älterwerden verändern sich unsere Bedürfnisse. Als Kind genießen wir unsere Sinne. Wir liegen im Gras, nehmen die Gerüche der Wiese in allen Details wahr. Wir genießen den Himmel und die vorbeiziehenden Wolken. Wir streicheln mit den Händen die Baumrinde und lassen die feuchte Erde durch die Finger gleiten. Damit entwickeln wir unsere Sensitivität. Im Erwachsenenalter legen wir oft Wert auf Leistung, Sachlichkeit, Intellekt, Erfolg. Später kreisen unsere Gedanken um das Thema Status, Vermögen, Kranken- und Altersabsicherung, Erziehung der Kinder, Sicherheit und Zukunft. Die Sensitivität wird vernachlässigt. Somit geht auch der liebevolle Kontakt nach und nach verloren. Mit zunehmendem Alter sind viele nicht mehr fähig sensitiv wahrzunehmen. Für Verliebtheit und Liebe ist kein Platz mehr da, und die Liebesfähigkeit lässt nach. Dieser Alterungsprozess ist nicht unvermeidlich. Es ist eine Frage der Lebensführung. Wer seine Umwelt aufmerksam wahrnimmt und sich selber und die anderen mit neuen Augen wahrnimmt, ist genauso liebesfähig wie ein Jugendlicher. Deshalb muss die Liebe im Alter nicht anders als in der Jugend sein.

4. „Die große Liebe dauert ewig.“

Die große Liebe im Leben wird häufig als ein schicksalhaftes Ereignis, das dem Menschen begegnet und das wegen seiner Größe und Gewaltigkeit ewig dauert, verstanden. Dies ist etwas Unsinniges. Dennoch beschäftigt die Frage nach einer Liebe, die intensiv, ehrlich und lange andauert, viele Menschen. Zur Liebe gehört die Fähigkeit, die nicht jeder Mensch besitzt, wach und aufmerksam sensitiv wahrzunehmen, mit offenem Herzen und Aufgeschlossenheit. Man kann den Partner nicht festhalten oder besitzen wollen. Die Liebe lässt sich nicht besitzen. Wenn man besitzen will, kann man nicht mehr frei betrachten. Wenn man nicht besitzdenkend, ängstlich und sicherheitsorientiert ist, kann sich die Liebe täglich neu entfalten. Es bedeutet aber auch, sich der Unsicherheit und der Verletzlichkeit auszusetzen. Eine Liebe kann ewig dauern, wenn sich die beiden Menschen immer wieder neu begegnen können.

*Love me tender, love me sweet, never
let me go, you have made my life
complete, and I love you so.*
(Elvis Presley)

*Doch alles, was uns
anrührt, dich und
mich, nimmt uns
zusammen wie ein
Bogenstrich,
der aus zwei Saiten
eine Stimme zieht.*
(R.M. Rilke)

*Wenn der, auf den du wartest,
dich sitzen lässt – halt dich an
deiner Liebe fest*
(Rio Reiser)

5. „Eifersucht gehört zur Liebe.“

Eifersucht ist ein Gefühl, das sehr häufig in Liebesbeziehungen erlebt wird. Viele gehen davon aus, dass es dazugehört. Eifersucht ist eine Begleiterscheinung der Liebe, mit der man sich zwar abzufinden hat, aber mit der man auch fertig werden kann. Hinter der Eifersucht verbirgt sich häufig die Angst, das, was man liebt zu verlieren oder nicht mehr geliebt zu werden. Eifersucht ist die Angst, den Partner nicht genügend an sich binden zu können. Liebe ist aber etwas, das nicht automatisch mit Eifersucht verknüpft ist, da die Liebe Zuneigung, Zärtlichkeit, Aufmerksamkeit und Respekt ist. Der Besitzanspruch ist ein großer Fehler, der auch die Eifersucht hervorruft. Wer glücklich in der Liebe werden möchte, muss einmal die Angst bannen, nicht genügend geliebt zu werden und zum zweiten das Bedürfnis, den anderen als Liebesobjekt besitzen zu wollen.

6. „Liebe ist ein Ereignis des Schicksals.“

Die Schicksalsgläubigkeit ist eng verbunden mit dem Glauben an einen Partner, der zu einem passt wie ein Schlüssel ins Schloss. Die große Liebe als Ereignis des Schicksals gibt es selten. Wenn wir aber liebesfähig sind und wir eine Bereitschaft zur Liebe besitzen, dann kann man sich leichter verlieben und jede Verliebtheit hat zunächst die gleiche Qualität. Die große Liebe ist für viele Menschen eine Liebe, die sich über Status, Bildung, Beruf, Lebensphilosophie, Religion und Lebensstil des Partners hinwegsetzt. Diese Form der Liebe kann oft an diesen starken Unterschieden aber auch zerbrechen. Aber wirklich lieben kann nur jemand, der sich selber treu bleibt.

*In meinem Herzen sollst du leben, sollst
haben, was sein Liebstes ist,
Du sollst, von Lieb und Lust umgeben,
ganz fühlen, dass du glücklich bist!*
(Hoffmann von Fallersleben)

BINDUNG UND SOZIALE KOMPETENZ

Die Beziehung zur Familie und zu Freunden ist allen Menschen wichtig. So sind das Erleben der „Eingebundenheit“ in ein soziales Netz und das Erleben sozialer Unterstützung wichtig für die Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit.

Forscher im Bereich der Psychologie haben herausgefunden, dass dieses Bedürfnis nach Bindung – also nach einer engen und von intensiven Gefühlen geprägten Beziehung – angeboren ist. Während zunächst vor allem die Eltern wichtige „Bindungspartner“ sind, kommen im Laufe des Lebens immer neue Personen hinzu, zu denen wir enge Beziehungen aufbauen wollen. Bei den Eltern ist die Herstellung einer sicheren Bindung in den meisten Fällen von Anfang an selbstverständlich, bei Freunden in der Kindheit und Jugend oder späteren Lebenspartnern kann das anders sein.

An dieser Stelle kommt die „soziale Kompetenz“ ins Spiel.

Als soziale Kompetenz begreift man eine Vielzahl von Fertigkeiten, die wir im Miteinander benötigen, um z.B. Beziehungen aufzubauen und zu erhalten oder um gegebenenfalls das eigene Recht durchzusetzen. Die meisten Menschen denken bei sozialer Kompetenz an Fähigkeiten wie z.B.: Hilfsbereitschaft, Empathie, Kritik- und Kompromissfähigkeit und Toleranz.

Also an Fähigkeiten, die im Umgang mit anderen wichtig sind. Mindestens ebenso wichtig sind jedoch die Fähigkeiten im Umgang mit mir selbst, wie z.B. Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen und Eigenverantwortung.

Diese ganzen Fähigkeiten nutzen wir jeden Tag mehr oder weniger bewusst, um unsere Beziehungen zu pflegen und das Bedürfnis nach Bindung möglichst zufriedenzustellen.

Jetzt stellt sich sicherlich einigen die Frage: Inwiefern ist das alles für mich relevant?

Meistens wird die Frage nach der sozialen Kompetenz und nach Bindung erst relevant, wenn man merkt, dass diese fehlen, oder nicht mehr so „funktionieren“ wie man es gewohnt ist. So ist es im Rahmen einer psychischen Krise oftmals der Fall, dass es – aufgrund des eigenen Befindens oder der aktuell problematischen Situation – schwierig erscheint private Bindungen zu halten, oder Beziehungen ausreichend zu pflegen. Es kann aber auch sein, dass man plötzlich aufgrund einer stark konflikthafter Situation, z. B. am Arbeitsplatz, Probleme damit hat Kritik zu üben oder aushalten zu können. Das Gleiche trifft auch auf Personen zu, die aus Angst z.B. Konfrontationen oder Konflikte meiden und deshalb größte Probleme damit haben ihr eigenes Recht durchzusetzen. Dies sind natürlich nur kleine Beispiele für die Vielzahl von möglichen problematischen Situationen.

Eines ist ihnen jedoch meist gemein: Die subjektiv wahrgenommenen möglichen Verhaltensalternativen werden immer weniger, je länger die problematische Situation anhält.

An diesem Punkt kann z. B. die Verhaltenstherapie ansetzen.

Die Grundfähigkeiten der sozialen Kompetenz, wie z.B. selbstsicheres Auftreten, lassen sich üben. Dafür werden Rollenspiele eingesetzt, bei denen man Verhaltensalternativen ganz einfach testen kann. Besonders hilfreich kann hierbei eine Rollenspielgruppe sein, da hier in einer positiven und geschützten Atmosphäre experimentiert werden kann.

Der Clou an der Sache: Unser Gehirn kann nicht zwischen „gespielten“ und „realen“ Situationen unterscheiden.

Also wird jedes neue Verhalten als Erfolg und mögliche Verhaltensalternative abgespeichert. Der Blumenstrauß an möglichen Verhaltensalternativen wird immer größer und damit die Wahrscheinlichkeit eine zufriedenstellende zwischenmenschliche Bindung zu spüren.

„Eisberge“



STÖRUNGEN IM FRÜHEN BINDUNGSSYSTEM ALS URSACHE VON PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN IM ERWACHSENENALTER

Neuere Strömungen der analytischen Psychotherapie beschreiben die Ich-Entwicklung eines Menschen als Ausdruck seiner Beziehungserfahrungen in der Kindheit.

Dabei geht es um den Aufbau einer inneren Erfahrungsstruktur, die beim Kind angelegt wird und grundsätzlich auch im späteren Erwachsenenalter seine Beziehungsfähigkeit und -bereitschaft bestimmt.

In diesem Zusammenhang spielen auch Erkenntnisse aus der Entwicklungspsychologie, u.a. von John Bowlby (1907–1991), der beginnend in den 1950er-Jahren die Interaktionen von Kindern und ihren nahen Bezugspersonen systematisch beobachtete, eine wichtige Rolle.

Als bindungstheoretische Grundannahmen postulierte er das Vorhandensein von Bindungsbedürfnissen

als zentrale biologische Grundbedürfnisse, die Bedeutung von Trennungen und unvertrauten Situationen als Auslöser von körperlicher und seelischer Überforderung (Angst) beim Kind sowie die zentrale Rolle von Bindungspersonen als Regulationshilfe bei Angst und Verunsicherung.

Gerd Rudolf (2006), der die sogenannte strukturbezogene Psychothe-

rapie begründete, betont als Hauptziele der frühkindlichen Entwicklung, die jedoch auch in der Jugend und im Erwachsenenalter weiterhin bedeutsam bleiben,

- die **Herstellung von Nähe und Kommunikation** (erstes Vierteljahr),
- die **Entwicklung eines Bindungssystems** (1.–2.Lbj.),
- den **Aufbau eines Selbständigkeitssystems** (2.–4.Lbj.)
- sowie die **Entwicklung von Identität** (4.–6.Lbj.).

Durch eine ausreichend feinfühlig-körperlich-emotionale Versorgung (füttern, tragen, ansprechen) in den ersten Lebensmonaten wird die Voraussetzung beim Kind für die spätere Verinnerlichung guter Beziehungserfahrungen geschaffen.

In der Phase der Entwicklung eines Bindungssystems, d.h. des Aufbaus und der Verinnerlichung einer emotionalen Bindung an wichtige Bezugspersonen, stehen die Grundbedürfnisse der Sicherheit, Geborgenheit, Beruhigung und Anregung durch die nahe Außenwelt im Vordergrund. Das Kind lernt zwischen „Da bist du und hier bin ich“ zu differenzieren. Zentrale Bedeutung kommt der Spiegelung der Bedürfnisse des Kindes durch die Mutter zu. Oder anders formuliert: Diese nimmt die ungefilterten, heftigen Gefühle des Kindes auf, „verdaut“ diese und gibt sie dem Kind dann als leichter verdauliche Kost in Form von Sprache und einfühlsamer Handlung (z. B. trostspendende Worte, in den Arm nehmen) zurück. Aus

der positiven Erfahrung von Beruhigung, Beachtung und Trost entsteht als Folge die Fähigkeit zur Selbstberuhigung, Selbstbeachtung und zur Selbstfürsorge beim Kind und dem späteren Erwachsenen. Erlebt das Kind also eine gelungene Linderung quälender Angst- und Ohnmachtsgefühle durch die Bezugsperson, kann es diese später besser eigenständig emotional bewerten und regulieren.

Die Verinnerlichung guter Beziehungserfahrungen ermöglicht damit eine wachsende Unabhängigkeit von der realen körperlichen Anwesenheit der Bezugsperson. In den folgenden Jahren werden dann die psychischen Funktionen der Selbstständigkeit und der Identität, ebenfalls in Abhängig-

keit von den weiteren Entwicklungsbedingungen, aufgebaut und differenziert.

Als psychischen Teilfertigkeiten kommen hier der Fähigkeit zur Abgrenzung von anderen, dem Mitgefühl, der Entschlüsselung der Gefühle anderer, der Fähigkeit, eigene Handlungsimpulse entsprechend sozialer Erwartungen der Umwelt zu kontrollieren und Situationen durch ein besseres Selbst- und Umweltverständnis vorhersagen zu können, der Entwicklung eines realistischen Bildes von der eigenen Person und von anderen, dem Aufbau variabler Beziehungen zu unterschiedlichen Menschen sowie der Fähigkeit zu Loslösung, Abschied und Trauer maßgebliche Bedeutung zu.



„Der Lauf der Zeit“

Sind diese komplexen, im Rahmen der skizzierten Entwicklungsphasen ausgebildeten psychischen Fähigkeiten im Erwachsenenalter nur unzureichend verfügbar oder in hohem Maße verletzungsanfällig, so spricht man von strukturellen oder Persönlichkeitsstörungen. Als ursächlich für massive Störungen sind Vernachlässigung der körperlichen Versorgung, emotionale Vernachlässigung und Alleinlassen sowie Misshandlungen zu nennen. Während elterliche Feinfühligkeit wie Verständnis für Körpersprache und Gefühlsausdruck des Kindes, die Fähigkeit einer altersentsprechenden Zuwendung (z. B. Ammensprache) positive Entwicklungsbedingungen darstellen.

Mögliche strukturelle Störungen betreffen vornehmlich

- die **Beziehung zur äußeren Realität**,
- die **Steuerung von Gefühlen und Bedürfnissen** sowie
- die **Gestaltung von sozialen Beziehungen**.

Bezüglich einer Einteilung nach dem Schweregrad der Einschränkungen werden vier Strukturniveaus von desintegriert über gering, mäßig bis hin zu gut strukturiert unterschieden.

Welche konkreten Einschränkungen nun weisen Erwachsene mit Ichstrukturellen Störungen auf?

Beispiel für eine gestörte Realitätswahrnehmung kann eine Verzerrung derart sein, dass die Umwelt als grundsätzlich feindselig, missachtend oder strafend wahrgenommen wird. Das Selbstbild ist dann zumeist ebenso wenig differenziert und kohärent (z. B. Wechsel zwischen Idealisierung als Held vs. Entwertung als Versager).

Auch die Fertigkeit, sich mögliche Konsequenzen eigenen Verhaltens in der Fantasie vorzustellen oder Trost über die innere Vorstellung zukünftiger Ereignisse zu erfahren (z. B. „Bald habe ich Urlaub.“ „Heute Abend werde ich es mir gut gehen lassen.“), im tiefenpsychologischen Fachjargon als Antizipationsfähigkeit bezeichnet, ist vor dem Hintergrund willkürlicher unberechenbarer Beziehungserfahrungen in der Kindheit häufig gestört.

Gefühle erscheinen oft diffus und körpernah. So kann Angst beispielsweise nicht als solche identifiziert werden. Stattdessen wird nur ihr körperliches Korrelat des Magenschmerzes oder Kloßgefühls im Hals wahrgenommen und als ein organisches Problem fehlgedeutet. Auch können Emotionen übermäßig intensiv und unzureichend kontrollierbar sein, sodass ein situationsangemessenes Handeln erschwert wird. Im Fachjargon spricht man in diesem Fall von einer eingeschränkten Affekttoleranz und Impulskontrolle. Gefühle aus dem Aggressionsspektrum werden dann, ohne die Möglich-

keit, eine innere Pausentaste zu betätigen, ungefiltert in verbale oder körperliche Gewalt umgesetzt. Ebenso verhindert eine emotionale Überflutung mit Angst eine angemessene Deutung dieses Gefühls im Sinne eines hilfreichen Signals. Spannung und Frustration können kaum ausgehalten werden und führen zu Rückzug, kindlich anmutendem Trotzverhalten oder unkontrollierten selbst- und fremdschädigenden Reaktionen. Bezüglich der Beziehungs- und Bindungsfähigkeit herrschen Schwierigkeiten in der Nähe-Distanz-Regulation (Nicht mit dir und nicht ohne dich!), eine Unfähigkeit zu Beziehungskonstanz, aber auch Probleme, das Alleinsein zu tolerieren, vor. Dreierbeziehungen oder variable Bindungen im Freundeskreis sind nahezu unmöglich, da die Zuwendung zu einem zwangsläufig mit der Abwendung vom anderen gleichgesetzt wird. Die Schwierigkeit, den anderen als eigenständige Person mit eigenen, möglicherweise gegensätzlichen Bedürfnissen wahrzunehmen, erschwert des Weiteren eine angemessene Kompromissfähigkeit.

Aufgrund eines Mangels an positiven verinnerlichten Beziehungserfahrungen sind Menschen mit Persönlichkeitsstörung nur wenig in der Lage, sich selbst zu beruhigen, sich zu trösten oder angemessen zu schützen.

Oft dominiert eine aggressive Form der Selbstzuwendung durch schädigende Verhaltensweisen wie das Beibringen von Selbstverletzungen oder Substanzmissbrauch. Anstelle einer Möglichkeit der Selbstberuhigung über verinnerlichte Bilder und Vorstellungen von Bezugspersonen bedarf es deren permanenter fühlbarer, körperlich räumlicher Präsenz.



VERINNERLICHUNG POSITIVER BEZIEHUNGEN

EIN MÄRCHEN ÜBER DAS SIMSEN UND DIE FÄHIGKEIT MIT SICH ALLEINE SEIN ZU KÖNNEN

(frei nach Janosch)

Es waren einmal ein kleiner Tiger namens Anton und sein Freund, der kleine Bär. Die beiden lebten in harmonischer Zweisamkeit in einem kleinen Haus am Rande eines saftig grünen Tals nahe einem Fluss. Eines schönen Tages, als der kleine Bär mal wieder gen Fluss zum Angeln aufbrach, sagte Anton, der kleine Tiger: „Immer wenn du weg bist, bin ich so einsam: Nimm doch dein Handy mit, und lass mir mal von unterwegs eine SMS zukommen, damit ich mich freue.“ „Na klar“, erwiderte der kleine Bär und verstaute sein neu modisches Handy im Rucksack.

Unten am Fluss, hängte er zuerst einen Wurm an den Haken und dann die Angel ins Wasser. Nachdem er sich einige Zeit konzentriert dem Fischen gewidmet hatte, versuchte er vergeblich die Funktionsweise seines Handys zu ergründen. Auch ein dicker vorbeischwimmender Fisch, ein Frosch, eine elegante Gans, ja selbst der schlaue Fuchs wussten keine Abhilfe.

Als der kleine Bär abends nach getaner Arbeit nach Hause kam und nach seinem Freund Anton, dem kleinen Tiger, rief, bekam er keine Antwort. Dieser hörte ihn nicht, da er deprimiert hinter dem Haus auf der Wiese lag. Er hatte zu nichts Lust gehabt, keine Kartoffeln geschält, nicht die Stube aufgeräumt,

weil er sich wieder so einsam gefühlt hatte. Um die Trübsal zu lindern und wenigstens schöne Träume zu haben, hatte er von den gefährlichen Fliegenpilzen genascht.

Doch jetzt war alles gut. Jetzt war der kleine Bär sowieso und selbst und höchstpersönlich zu Hause. In der Nacht weckte der kleine Anton den kleinen Bären und erklärte ihm das „Simsen“, damit er ihm am nächsten Tag eine Nachricht zukommen lassen konnte.

Wieder am Fluss angekommen, schrieb der kleine Bär, gleich vor Aufnahme des Angelns, einen Gruß an seinen lieben Freund, den Tiger. Nach einer ersten Beruhigung ob der Nachricht, versuchte Anton, der kleine Tiger, vielfach mit dem kleinen Bären in telefonischen Kontakt zu treten. Doch der kleine Bär hatte das Handy ausgeschaltet, um die Fische nicht zu stören.

Nach der ersten Freude hatte den kleinen Anton zu Hause wieder die Lust verlassen, und er hatte weder Kartoffeln gekocht noch Feuer gemacht noch die Stube gefegt. Stattdessen lag er wieder trübsinnig und einsam hinter dem Haus. Abends beim gemeinsamen Mahl kam dem kleinen Bären eine zündende Idee. „Ich hab's“, rief er, „wir leihen uns gleich die neue Kamera von Tante

Gans und fotografieren uns gegenseitig. Ein Bild von mir für dich, kleiner Tiger, und eines von dir für mich. Gesagt, getan. Anton fand für das Foto vom Bären einen geeigneten Platz in der Wohnzimmervitrine, wo er es jederzeit bei seinen Verrichtungen anschauen konnte. Zudem ließ der kleine Bär ihm am nächsten Morgen noch sein Halstüchlein zukommen, das ganz vortrefflich nach Bär roch. Der kleine Tiger hatte nun wieder Lust zu allem, kochte Kartoffeln, fegte die Stube und das Leben war schön. Nachdem er anfangs häufig an dem Tüchlein gerochen und die Fotografie des kleinen Bären betrachtet hatte, gelang es ihm nach einigen Wochen plötzlich, während er im Wald auf Blaubeerensuche für das Dessert war, sich in der Fantasie ein inneres Bild von seinem Freund dem Bären zu machen. Von Tag zu Tag konnte er seine inneren kreativen Fähigkeiten verbessern. Bald gelang es ihm auch den schweren Duft des kleinen Bären in der Fantasie nachzuempfinden und sich vorzustellen, wie sich der warme Pelz seines Freundes nach einem Sommertag am Fluss anfühlte.

Diese neu gewonnene Fähigkeit machte den kleinen Tiger Anton sehr glücklich und frei von den Tücken der modernen Telekommunikation.



ELTERNSEIN – EIN BERATUNGS- UND UNTERSTÜTZUNGSANGEBOT FÜR PSYCHISCH KRANKE ELTERN

Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder sind Familien mit besonderen Belastungslagen und brauchen Unterstützung. Die Erziehungsberatungsstelle und die Beratungsstelle für seelische Gesundheit im Nürnberger Land, beides Einrichtungen in ökumenischer Trägerschaft von Caritas und Diakonie, erarbeiteten in Zusammenarbeit mit der Frankenalb-Klinik Engelthal ein passgenaues Angebot für die Zielgruppe psychisch kranker Eltern.

Kinder und Jugendliche, die in Familien mit psychisch erkrankten oder suchtkranken Eltern aufwachsen, sind in vielfältiger Weise durch die elterliche Erkrankung belastet. Für viele Kinder ist das Aufwachsen mit einem psychisch erkrankten oder suchtkranken Elternteil eine schwierige Herausforderung, die mit einer enormen Zunahme an alltäglichen Anforderungen, Konflikten innerhalb der Familie als auch im sozialen Netz verbunden ist. Die Auswirkungen einer psychischen Erkrankung eines Elternteils sind wesentlich vom Alter und den jeweiligen Entwicklungsphasen des Kindes abhängig. **Bereits im Säuglings- und Kleinkindalter** wirkt sich die fehlende Empathie und emotionale Verfügbarkeit negativ auf die Bindungsfähigkeit aus und es kann zu Entwicklungsstörungen führen. **Im Kindergarten- und Grundschulalter**

zeigen sich oft Schwierigkeiten durch mangelnde sprachliche Fertigkeiten, unangepasstes Erziehungsverhalten und soziale Isolation. **Im Jugendalter** zeigen sich Probleme in der Identifikation mit dem gestörten elterlichen Erwachsenen Vorbild. Die Kinder haben Schwierigkeiten Hilfe und Unterstützung einzufordern, weil innerfamiliäre Kommunikationsschwierigkeiten und insbesondere die Tabuisierung und Stigmatisierung der psychischen Erkrankung ihrer Eltern sie daran hindern.

Dies macht sie zu einer Gruppe, die in besonderem Maße gefährdet ist, eine eigene Suchterkrankung oder psychische Erkrankung und Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln.⁽¹⁾

Bei schizophrenen Erkrankungen ist das Erkrankungsrisiko z. B. um 10 % erhöht, ca. 61 % der Kinder mit einem Elternteil, das an einer schweren Depression (major Depression) erkrankt ist, entwickeln im Verlauf ihrer Kindheit und Jugend eine psychische Störung; das Risiko von Kindesmisshandlung ist deutlich erhöht, wenn ein Elternteil psychisch erkrankt ist.⁽²⁾

„**ElternSein**“ ist ein Gesprächskreis für Eltern mit psychischer Erkrankung in der Klinik. Dabei werden Themen besprochen, die Patienten im Zusammenhang mit ihren Kindern und ihrer Krankheit beschäftigen. Es handelt sich um ein niedrighschwelliges Angebot, das sich in enger Absprache mit dem Kliniksozialdienst flexibel am Elternbedarf orientiert und als aufsuchende Elternberatung in der Klinik, in der der betroffene Elternteil auch psychiatrisch versorgt wird, konzipiert ist.

Der Gesprächskreis wird von jeweils einer Fachkraft der Erziehungsberatungsstelle und des Sozialpsychiatrischen Dienstes geleitet. Durch das Gesprächsangebot soll der betroffene Elternteil die Möglichkeit bekommen, über seine Elternrolle zu sprechen und sich über Unterstützungsangebote zu informieren. Ziel ist dabei, Eltern mit Unterstützungsbedarf zu erreichen und die Hemmschwellen gegenüber den Hilfesystemen abzubauen.

Der Gesprächskreis findet regelmäßig jeden zweiten und vierten Donnerstag im Monat statt. Er ist für alle Patientinnen und Patienten offen. Zur Planungssicherheit werden die Eltern gebeten sich anzumelden, wenn gewünscht auch anonym. Die Eltern werden über Flyer, Plakate und über die Mitarbeiter der Klinik auf das Angebot angesprochen.



Gesprächskreis für Eltern mit psychischer Erkrankung

Wir besprechen gemeinsam Themen, die Sie im Zusammenhang mit Ihrer Krankheit und Ihren Kindern beschäftigen, u. a.

► Erziehungsfragen ► aktuelle Belastungen ► und vieles mehr

Wann: jeden 2. und 4. Donnerstag im Monat von 18.00 bis 19.30 Uhr

Wo: Frankenalb-Klinik Engelthal, Zimmer 34

Ihre Ansprechpartnerin: Tanja Riedel, Sozialpädagogischer Dienst, Telefon 09158 926-2171

Bitte melden Sie sich über Ihre Station oder die Institutsambulanz an.

► Erziehungs- und Jugendberatungsstelle ► Beratungsstelle für seelische Gesundheit
► Frankenalb-Klinik Engelthal, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Erziehungs- und Jugendberatungsstelle
Nürnberger Land



www.bezirkskliniken-mfr.de

⁽¹⁾ Aus der bundesdeutschen Statistik: 1/3 der Sorgerechtsentzüge betrifft psychisch kranke Eltern. – Jeder fünfte akut erkrankte Patient hat minderjährige Kinder. – Etwa 60 % dieser Kinder entwickeln deutliche psychische Auffälligkeiten. – 1/3 der Kinder in Kinder- und Jugendpsychiatrien hat psychisch kranke Eltern. (Lenz, A.: Kinder psychisch kranker Eltern. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2005) (Lenz, A.: Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2008)

⁽²⁾ Deutsches Ärzteblatt 2008; 105(23): 413-8; DOI: 10.3238/arztebl.2008.0413

DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG UND IHRE BEDEUTUNG FÜR BINDUNGSERFAHRUNGEN

Eine gute Patient-Therapeut-Beziehung stellt eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine erfolgreiche Psychotherapie dar.

In wissenschaftlichen Untersuchungen wird der vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen Patient und Therapeut über alle psychotherapeutischen Schulen hinweg oft größere Bedeutung beigemessen, als der fachlichen Kompetenz des Therapeuten. Dies vermag zu überraschen, da Patienten im Rahmen einer Psychotherapie meist nach konkreten Strategien und Lösungen zur Bewältigung psychischer Krisen fragen, begleitet von dem Wunsch, diese möglichst schnell aufzulösen.

Dementsprechend wird Psychotherapie häufig als eine theoriegeleitete Sammlung von Verfahren und Techniken wahrgenommen. Dabei ist sie vor allem eine interpersonelle Behandlung unter Berücksichtigung psychologischer Mittel. Für den Zeitraum der gemeinsamen Arbeit wird die therapeutische Beziehung zu einem Teil des persönlichen Lebens des Patienten. Nur durch eine positive Patient-Therapeut-Beziehung ist es dem Hilfesuchenden möglich, sich auf Grundlage eines fürsorglich-unterstützenden Angebots mit sich selbst auseinanderzusetzen. Des Weiteren gelingt es diesem dadurch besser, Hilfe zu akzeptieren und durch die begleitete Aktualisierung und Bearbeitung von Problemen eigene Kompetenzen und Einstellun-

gen zu erweitern, anders zu handeln und emotionale Stabilität zu gewinnen. Es ist daher nicht verwunderlich, dass Erfolg oder Misserfolg einer Therapie am besten durch die vom Patienten eingeschätzte Qualität der therapeutischen Beziehung vorhergesagt werden kann. Doch geht die Bedeutung über warmherzige, wohlthuende Aspekte hinaus. Vielmehr geht es darum, dass Patienten sich in der Therapie auf eine neue, vordergründig künstlich wirkende Beziehung einlassen, in der sie zum Teil erstmalige und für andere (Lebens-)Beziehungen korrigierende Erfahrungen machen und sie für ihr eigenes Wachstum nutzen können. Begleitet von positiven Entwicklungen im Umfeld des Patienten kann so eine Veränderung von inneren Bindungsmodellen und ein Zuwachs an Bindungssicherheit erreicht werden.

Mit Bindung wird ein zentrales, überlebenswichtiges Bedürfnis nach Nähe zu einer wichtigen Bezugsperson bezeichnet.

Beginnend im Säuglings- und Kindesalter verinnerlichen Menschen positive wie negative Beziehungserfahrungen und „speichern“ diese Muster für spätere Beziehungen. Auswirkungen hat dies auf die eigene Entwicklung, zwischenmenschliches Verhalten, Erwartungen anderen gegenüber und auf Bewertungen der eigenen Person. So wird die Bedeutung für die Entstehung psychischer Störungen unter dem Aspekt früher

Bindungserfahrungen deutlich, wenn man diese als Ergebnis langfristig fehlangepasster interpersoneller Fertigkeiten betrachtet. Beispielsweise aus Angst vor Zurückweisung oder Bestrafung ziehen sich Menschen aus zwischenmenschlichen Begegnungen und von sozialen Kontakten nachvollziehbarer Weise zurück und festigen so vorhandene Bindungsmuster. Im alternativen Modell der Therapie als heilende Beziehung können nun andere Erfahrungen gemacht werden. Hierfür benötigt es einen Therapeuten, der auf die Bindungsbedürfnisse des Patienten feinfühlig reagiert, um bisherige, schwierige Bindungserfahrungen erfassen und diese beantworten zu können. Dies verlangt wiederum besondere, interpersonelle Kompetenzen auf Therapeutenseite. So sollte er über die Flexibilität verfügen, sich auf unterschiedliche Patienten und deren jeweiliges Beziehungsangebot individuell einstellen zu können und sie mit einer ausgewogenen Mischung aus Warmherzigkeit und Strukturierungsfähigkeit zu unterstützen. Nur so ist ein auch als konfrontierend erlebtes Ansprechen und Überwinden von früheren Enttäuschungen und Verletzungen in Beziehungen zu wichtigen Bezugspersonen möglich.

Grundlegend ist hierbei, dass der Therapeut vom Patienten als aufrichtig, als „echt“ erlebt wird und diesem empathisch begegnet.

Zur Entwicklung einer tragfähigen, bindungsförderlichen Beziehung ist es notwendig, dass der Therapeut als verständnisvoll, einfühlsam und um Verständnis bemüht wahrgenommen wird.

Gerade vor dem Hintergrund der schwierigen Beziehungserfahrungen, die Patienten gemacht und mit zum Teil überlebenswichtigen, aber langfristig weniger hilfreichen Verhaltensmustern beantwortet haben, ist eine unbedingte positive Wertschätzung der Person und eben jener Bewältigungsversuche wichtig.

Nur auf der Basis von Wärme, Respekt, Sympathie und Anerkennung wird es dem Patienten ermöglicht, nicht nur eigene therapeutische Ziele zu erreichen, sondern darüber hinausgehend eine bedingungslose positive Selbstachtung zu entwickeln.



„Abgrenzung“

EINSAMKEIT IM ALTER

Mit zunehmendem Alter erleben Menschen immer wieder Verluste nahestehender Personen. Besonders Frauen sind aufgrund der höheren Lebenserwartung und der Tatsache, dass Ehemänner im Durchschnitt drei Jahre älter sind, gefährdet als Witwe allein leben zu müssen. Gleichaltrige Freunde sterben, die Runde beim Klassentreffen wird immer kleiner. Neben Verlusten durch Tod spielen auch körperliche und geistige (Demenz) Einschränkungen eine Rolle. So nehmen die vertrauten Kontakte im Lauf der Zeit immer mehr ab.

In Gesprächen mit älteren Menschen berichten diese, dass das Knüpfen neuer Kontakte schwieriger wird. Es ergeben sich weniger Gelegenheiten, auch sind die Ansprüche wohl höher. Die Zeit, die das Entwickeln einer vertrauensvollen innigen Beziehung benötigt, ist knapper bemessen.

Familie

Heute sind die Familienbande dadurch geprägt, dass mehrere Generationen einer Familie eine längere gemeinsame Lebensspanne haben als früher. Dabei leben sie aber in weiterer Entfernung voneinander. In der Altersforschung hat sich der Begriff „Innere Nähe bei oder durch äußere Distanz“ eingebürgert. Dies bedeutet, es besteht trotz größerer Entfernungen ein intensiver Austausch. Der Begriff hat sich im Unterschied zur Großfamilie entwickelt. Der Begriff „Großfamilie“ wird m. E. sehr idealisiert, diese Konstellation war sicher oft konfliktreich und wirtschaftlichen Zwängen geschuldet. Ob ein harmonisches, gleichberechtigtes Zusammenleben die Regel war und ist, wage ich zu bezweifeln. Als Bei-

spiel sei das Buch „Herbstmilch“ von Anna Wimschneider genannt, das auch die Kehrseite der Großfamilie zeigt.

In den kleiner werdenden Familien spielt gegenseitige Hilfe und Unterstützung eine große Rolle und zwar in beide Richtungen. Betreuung und Pflege der älteren Familienmitglieder, aber

auch Enkelbetreuung oder finanzielle Unterstützung durch die Großeltern. Der überwiegende Teil der Versorgung älterer Menschen wird immer noch in den Familien geleistet. In Gesprächen wird deutlich, dass die Angst eine Belastung für die Kinder zu werden und abhängig zu sein, vielen älteren Menschen schwer zu schaffen macht und teilweise auch zu einem Rückzug führt. Die Balance zwischen den Bedürfnissen der verschiedenen Generationen zu wahren, ist eine Kunst.

Persönliche Treffen gestalten sich bei Hochbetagten, jenseits von 85 Jahren, zunehmend komplizierter aufgrund verschiedener Einbußen. Hier gewinnt das Telefon, den Bedürfnissen Schwerhöriger angepasst, an Bedeutung.

Mit zunehmendem Alter kommt öfter das Gefühl auf, als einziger einer Familie oder eines Freundeskreises übrig zu sein. Die jungen Alten bis 75 Jahre dagegen sind leistungsfähiger als frühere Generationen und damit auch aktiver.

Wie ist hier gegenzusteuern?

Der Umzug in eine altersgerechte Wohnung oder ein Betreutes Wohnen sollte zu einem Zeitpunkt erfolgen, wenn man noch aktiv und beweglich genug ist, sich in der neuen Umgebung einzugewöhnen und Kontakte zu knüpfen. Aber aufgrund verbesserter ambulanter Hilfen kann auch die Investition in altersgerechten Umbau und in Versorgung im gewohnten Umfeld sinnvoll sein, um bestehende Kontakte weiter pflegen zu können und sich die Eingewöhnung in eine neue Umgebung zu ersparen.

In Städten gibt es viele Kontaktmöglichkeiten in Begegnungsstätten und durch spezielle Seniorenangebote, wo neben Kontakten auch geistige Anregungen, wichtig zur Vorbeugung von geistigem Abbau, geboten werden. Auch vielfältiges ehrenamtliches Engagement ist möglich. In ländlichen Gebieten ist die Mobilität der begrenzende Faktor, Abholdienste sind eher selten.

Auf der offenen gerontopsychiatrischen Station der FAK wird sehr darauf geachtet, Patienten über Angebote an ihrem Heimatort individuell zu informieren und ein praktikables Aktivitätsprogramm zu erstellen (Seniorentreff, Sportverein, Sozialpsychiatrischer Dienst).

Wie können jüngere Menschen vorsorgen?

Wichtig erscheint es, schon in mittleren Lebensjahren Energie in die Kontaktpflege, auch zu jüngeren Menschen zu investieren. Dieses Bemühen wird sich im Alter in einem guten sozialen Netz auszahlen.

Da zunehmend Menschen älter werden, die mit modernen Medien vertraut sind, ergeben sich vielleicht neue Kontaktmöglichkeiten, die auch bei körperlichen Einbußen benutzt werden können. Mit den Jahrgängen der 50er kommen Menschen ins Rentenalter, die

vielleicht Erfahrungen mit Wohngemeinschaften gemacht haben. Aktuell sind bei älteren Menschen Wohngemeinschaften meiner Erfahrung nach in der Vorstellung als Wohnmöglichkeit eher nicht vorhanden. Vielleicht erleben wir in der Zukunft hier eine deutlichere Bewegung hin

zu Mehrgenerationenhäusern oder Alten-WGs als Möglichkeit den Lebensabend zu gestalten.

„Spinnennetz“



FREUNDSCHAFTEN IM ZEITALTER SOZIALER MEDIEN

Immer mehr Menschen nutzen soziale Netzwerke für die Beziehungspflege. „Freunde“ sind wichtig für die soziale Anbindung und das eigene Image. Doch mangels Zeit und Verbindlichkeit wird echte Freundschaft für viele zur „Mangelware“.

Die Hintergründe dafür liegen selten im Mangel an Kontakten, sondern gestalten sich eher als zeitliches Problem. Freundschaften brauchen Zeit und Pflege. Ohne dies fehlt die „Tiefe und der damit einhergehende Aufbau von Vertrauen“. Dadurch bestehen Zweifel, ob die Beziehung eine „echte Freundschaft“ ist oder nicht.

Auch ein Zuviel an Kontakten kann Freundschaften zur Mangelware machen. Durch die permanente Präsenz in sozialen Netzwerken können nicht alle Kontakte gleichmäßig gepflegt werden. Besteht genau dieser Anspruch, führt dies schnell zur Überforderung. Beziehungen bleiben deshalb oberflächlicher und werden aus wachsender Überforderung manchmal auch vollständig abgebrochen.

Online-Freundschaften werden wie reale Freundschaften behandelt

Die Verzahnung von Online- und Offline-Welt ist bei jüngeren Menschen offenkundig deutlich stärker als bei älteren. 60 % der unter 30-Jährigen

haben virtuelle Freundschaften schon einmal beendet, eine Mehrheit davon (54 %) nennt reale Probleme als Grund. Dagegen hat nur ein Fünftel der über 50-Jährigen überhaupt schon einmal eine virtuelle Beziehung abgebrochen, und davon wie-



„Mein Traum – Reset möglich“

derum nur ein Sechstel (17 %) wegen persönlicher Differenzen.

Dies sind die Ergebnisse einer Studie (BITKOM, 2012), die das Meinungsforschungsinstitut Forsa mit 1000 deutschsprachigen Internetnutzern

ab 14 Jahren durchführte. Von den Befragten waren 468 Mitglieder sozialer Netzwerke. Die Umfrage ist repräsentativ.

In der Befragung der Nutzer eines sozialen Netzwerkes gab jeder zweite Nutzer an, dass er eine Freundschaft im sozialen Netz beendet hat. Dabei wurden in 43 % der Fälle der Online-Kontakt beendet, weil die Freundschaft auch im realen Leben in die Brüche gegangen ist.

„Soziale Netzwerke im Internet sind keineswegs die oberflächliche und unverbindliche Scheinwelt, als die sie zuweilen gesehen werden. Sie spiegeln selbstverständlich reale menschliche Beziehungen wider“, sagte Professor Dieter Kempf, Präsident des BITKOM.

Ebenso häufig wie bei realen Streitigkeiten wurde der „Freundschaft-beenden-Knopf“ betätigt, weil sich jemand von der entsprechenden Person belästigt oder genervt fühlte. Nur in 28 % der Fälle war der virtuelle Freund nicht persönlich bekannt.

Verändern digitale Medien die Freundschaft?

38 % der deutschen Teens kommunizieren mit ihren Freunden am häufigsten über SMS oder WhatsApp, unter den befragten Mädchen gaben

dies sogar 49 % an. Auf Platz zwei der beliebtesten Kommunikationswege unter Freunden steht für 31 % das persönliche Treffen, gefolgt von sozialen Netzwerken wie Twitter oder Facebook mit 19 %. Abgeschlagen: das Telefonieren mit nur 7 % und die E-Mail mit 1 %.

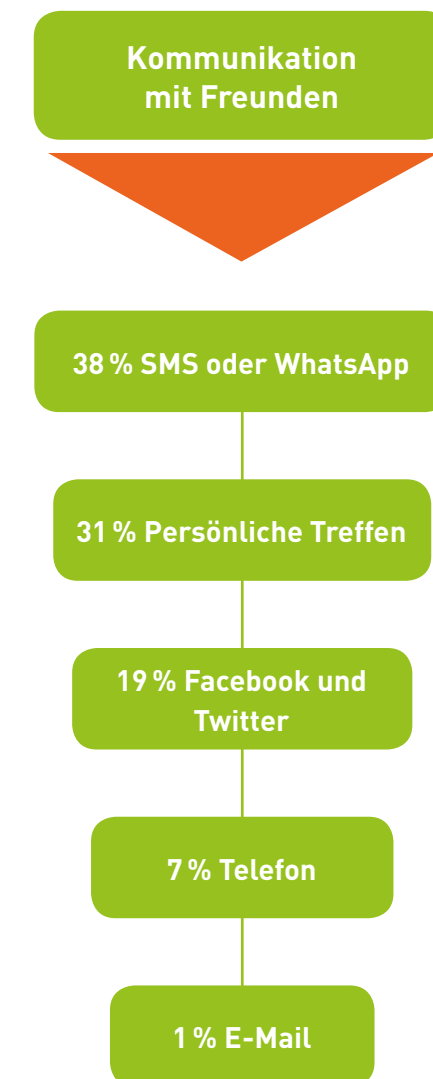
98 % der besonders lebensfrohen Teens geben an, Freundschaften im realen Leben seien wichtiger als Freundschaften in sozialen Netzwerken, nur 2 % finden beides gleich wichtig.

„In sozialen Netzwerken sind Freundschaften oft flüchtiger und projekthafter. Man begibt sich auf den kleinsten gemeinsamen Nenner, weil man Interessen teilt, oft auch nur für einen bestimmten Zeitraum“, sagt der Hamburger Trendforscher und Beiratsmitglied des Happiness Instituts, Prof. Peter Wippermann.

„Generell erleichtern es die digitalen Medien aber, Freundschaften anzubahnen und auszubauen, sodass man sie später offline vertiefen kann. Die intensivste Art der Freundschaft findet immer im realen Raum statt, wenn man sich sieht und direkt aufeinander reagieren kann.“

Nicht immer bleibt zwischen Familie, Schule oder Job genug Zeit für reale Treffen. Einen großen Vorteil sozialer Netzwerke sehen deutsche Teenager darin, Freundschaften unabhängig von Zeit und Ort pflegen zu können. 67 % der 14- bis 19-Jährigen geben an, man halte so Kontakt zu Freunden, die man sonst fast nie

sehe. Knapp ein Viertel gibt an, die Freizeit lasse sich mittels sozialer Netzwerke besser planen. 13 % der Jungen, hingegen nur 3 % der Mädchen sagen: „Ich lerne dort Menschen kennen, die ich sonst nicht so leicht kennenlernen würde.“



Wohltuende

BEZIEHUNGSGESTALTUNG

Beziehungsarbeit ist in der psychiatrischen Pflege die Grundlage unserer Arbeit. Beziehungsarbeit in der Pflege ist nichts Neues. Sie fand schon immer statt. Sie wird nur nicht als das eigentliche Bedeutsame wahrgenommen.

Aber was geschah denn früher und heute wirklich zwischen Pflegenden und Patienten?

Die Beziehung wurde immer gestaltet. Früher wie heute, manchmal weniger, manchmal mehr erfolgreich. Diejenigen, die versuchen, im Pflegeprozess nicht nur das Warum oder Wozu und Wie des Handelns von Patienten zu verstehen, sondern auch ihr eigenes Warum oder Wozu und Wie zu leben, können eine ausgeglichene Stimmung schaffen. Denn diese Pflegenden handeln eindeutig, klar und verständlich und fördern durch ihr Verhalten die Kongruenz der Patienten.

Beziehungsarbeit ist unabhängig von Pflegesystemen.

Oftmals sprechen Pflegende von Bezugspflege und meinen Beziehungspflege. Aber die Gestaltung von pflegerischer Beziehung kann in jedem System geschehen, denn sie ist an die Person gebunden und wird in der Interaktion mit anderen gelebt.

Die Pflegekraft trägt also die Verantwortung zur professionellen Gestaltung der Beziehung. Der Patient hat diese Verantwortung zunächst nicht. Wie Peplau sagt, ist die Pflegekraft zuerst gebende, erst später vielleicht eine nehmende. Personen entwickeln sich und erreichen verschiedene

Stufen in ihrer Entwicklung, diese reichen vom Anfänger bis zum Experten. Die Qualität einer pflegerischen Beziehung ist davon in hohem Maße abhängig.

Es ist nicht nur notwendig, den derzeitigen Zustand der eigenen Entwicklung zu sehen, sondern auch den Weg und die Stationen der Entwicklung zu reflektieren, also biografisch zuzuordnen und zu betrachten. Erst dann kann eine Person die Wege und Stationen einer anderen Person erkennen. Es könnte ja durchaus sein, dass wir in der pflegerischen Arbeit Patienten begegnen, die in einigen Aspekten weiterentwickelt sind als wir selbst. Von diesen Patienten können wir lernen.

Jede neue Beziehung bietet also ein neues Lernfeld.

Dieser Aspekt wird von Pflegenden als besonders wertvoll und auch als persönliche Anforderung gewertet. Gelingt die Beziehungsarbeit, so stellt sich eine persönliche und berufliche Zufriedenheit ein und wird als wohltuend empfunden. Jean Watson nennt dies die transpersonale Zuwendungsreaktion oder auch „Caring“.

In der deutschen Sprache existiert kein Begriff, der dem englischen „care“ in der ganzen Spannbreite entsprechen würde. Während „sorgen“ wesentliche Aspekte von „to care“ (einerseits emotional „sich sorgen um“, andererseits kompetent helfend handeln „sorgen für“) ausdrückt, assoziiert man mit dem Substantiv „Sorge“ auch bedrückende Gefühle (vgl. Arend, Gastman 1996). In der deutschsprachigen Pflegefachli-

teratur wird „Care“ u. a. mit pflegerischer Sorge (Stemmer 2003) und pflegekundiger Sorge (Schnepf 1996) gleichgesetzt.

„Care“ – positiv formuliert – meint Pflege, Obhut, Fürsorge, Betreuung, Achtsamkeit, Zuwendung, Vorsicht und Taktgefühl, Nähe und Distanz. Sowohl die Sorge um andere als auch die Selbstsorge ist dabei im positiven Sinne gemeint. Eine christliche Dimension erhält „Care“ im Begriff Caritas.

Pflege-theoretikerinnen haben sich im Verlauf der letzten 60 Jahre mit der Debatte über die Frage: „Was ist Pflege“ auseinandergesetzt und dies in ihr Modell und Theorien beschrieben. Madeleine Leininger beschäftigt sich mit „Care“ im Rahmen ihres Konzeptes einer transkulturellen Pflege. Für Jean Watson ist „Care“ Auftrag und Grundlage pflegerischen Handelns. Sie hat den einzigen Lehrstuhl in Colorado/USA, der den Namen „Caring“ trägt.

Madeleine Leininger schrieb zum Begriff „Care“:

„Seit den 40er Jahren vertrete ich die Meinung, dass die menschliche Fürsorge das charakteristische und verbindende Merkmal der professionellen Pflege ist und dass diese Perspektive auch in Zukunft Bestand haben wird – unter der Voraussetzung, dass die Pflegenden sich der umfassenden Erforschung und Anwendung ihres Pflegewissens verpflichtet fühlen (Leininger übs. von Ute Villock 1998: Seite 237).

„Berg in Grün“



KUNST ALS BRÜCKE UND RAUM ZUM ANDEREN

EIN „GEHBARER WEG“ IN DER KUNSTTHERAPIE?

Allgemein wird die Brücke mit einer realen Bildfindung in ihrer Entsprechung als Bauwerk, in Verbindung zweier Landufer, einem gehbaren Weg über einen Fluss oder einen Bergrücken gesehen. Eine bogen spannende Brücke lässt sich als Verständigung von Menschen innerhalb eines Versuches für den sprachlichen, kommunikativen Austausch miteinander wahrnehmen. Sie bilden einen gemeinsamen Raum für eine Austauschmöglichkeit. Der sprachliche Austausch ist eine Brücke, denn sie beinhaltet einen gegenseitigen Informationsaustausch – umgangssprachlich treffender als Redefluss bekannt.

Innerhalb der Kunsttherapie wird dieser Raum für eine gemeinsame Begegnung in einer Beziehungsgestaltung genutzt. Über einen gemeinsamen Dialog findet ein gehbar gestalteter Weg für den Menschen statt.

Zu finden ist dieser Weg in einer kunsttherapeutischen Methodik mit einem u.a. anthropologischen und kunstphilosophischen Hintergrund. Dieser kann das dialogische Handeln in der Kunst beim Menschen in einem authentischen Raum abbilden, um „sich“ „ehrlich“ zu zeigen – unter dem Blickwinkel eines systemisch therapeutischen Ansatzes in der amethodischen Arbeitsweise nach Sinapius⁽¹⁾. Dieser begründet dort seine theoretische Grundlage. Sie umfasst eine teilnehmende Betrachtung des Kunsttherapeuten. Angesagt ist ein dialogischer Wechsel, der es dem Menschen ermöglicht, sich selbst ein

Bild von seinem Bild zu machen, es zu verinnerlichen, veranschaulichen, erklären und zu begreifen. An die Stelle eines belastenden Bildes vermag ein anderes zu treten: das erlebte Bild. Das gilt auch, wenn der Prozess einer Werkentstehung wie die Aktion einer Performance verstanden wird. Unter dem Zusatz, dass ein Zulassen des Menschen an der Teilhabe am gestalteten Gesamtprozess, z. B. Werk- und Entwicklungsreihen möglich wird. Hier gestaltet und erarbeitet der Kunsttherapeut als Akteur mitunter die Therapiegeschichten seiner Patienten mit. Es entstehen so, bildlich beschrieben, im Grunde genommen mehrere Brücken. Diese sorgen für ein ausgleichendes Raumklima, in dem sich Entwicklung uneingeschränkt wertfrei entfalten darf. „Der Dialog interagiert“ hier. Das ist in der Kunst der Performance als Aktion an sich identisch.

Die Kunst hat seit längerer Zeit ihre klassischen Disziplinen, z. B. die Malerei und Bildhauerei aufgelöst. Es werden mehrfach Medien und Mittel gemischt, welche ihren zugewiesenen Rahmen längst verlassen haben. Die Gegenwartskunst unterliegt einer Dynamisierung in mikropolitischen Verschiebung in unserer neoliberalisierten Gesellschaftsform.

Das betrifft die Performance als Kunstaktion ebenso. Eine Pose eines stillen Porträtbildes wird aktiv gespielt oder nachinszeniert. Was würde die Mona Lisa mit einem Smartphone tun?

Die Kunst als Mittel der Kunstschaftenden ist immer auf der Suche nach Spielraum, neuen Möglichkeiten und Potenzialen. Dabei ist das „Nichtschöne“, aber auch das „Unerwartete“, Fremde oder Marode und Desolate in der Kunst lange Inhalt des künstlerischen Handelns. Wohl auch deshalb ist die kunsttherapeutische Brücke ein Potenzial, das Überschreiten von Grenzen ermöglicht.

Diese führt zu einem in sich kommunizierenden Raum: dem interagierten und interagierenden Raum. Sinapius⁽¹⁾ nennt ihn den intermediären Bereich.

Der dialogische interagierende Raum, der mehrfach Brückenraum in der Kunsttherapie

→ In diesen Raum ist es möglich, eine interaktive lebendige Austauschmöglichkeit zu projizieren.

→ In einem Kunstraum mit künstlerischen Mitteln und Arbeitsunterschieden darf der Mensch selbsttätig seinen Fantasieraum erkunden.

Die Dialoge finden ihren Platz über Werkinhalte, z. B. in Form von „Meine Geschichte zu meinem Bild“. In erzählender, spielerischer Art und Weise entstehen erste Empfindungs-

„Verwirrung“



ausdrücke vom inneren Erleben. Diese können in einem lebendigen, mannigfaltigen Dialog enden, meist in einem unmittelbar artikulierten Dialog. Sie vermitteln einen Ausschnitt aus einer Geschichte, erfinden sich neu, nehmen die Dinge und Betrachtungen aus einer anderen Perspektive auf. Wandlungen und Verschiebungen werden zugunsten einer Neugestaltung mitgegeben. Die eigene Vorstellungskraft, sich „diesem Neuen“ zu öffnen, ist ein selbstaktiver Prozess. Der Mensch muss hierfür etwas tun, seine Fantasietätigkeit hierzu aktiv werden lassen.

Er greift ein Wechselspiel von Außen- und Innenwahrnehmung in Bildbetrachtungen auf. Einsichten können gewonnen werden, um ein „Sichselbst-ansehen“ und letztendlich ein „Sichannehmen“ u.a. stiller, in sich ruhender Anteile zu fördern. Die un-

geliebten Anteile in seiner eigenen Selbstbetrachtung in mitunter versöhnlich „mildere“ umzustimmen.

Eine aktuelle Abwandlung dieser A-Methode kann an der Malwand als begleitende Malaktion erlebt werden.

Hier werden gezielt befreiende, bestärkende Impulse gefördert, die über das expansive Malen sprichwörtlich „ausagiert“ werden. Störungen und Grenzen werden auf die Malfläche projiziert und finden gemeinsam im Bildraum der Malfläche statt. Diese können zusätzliche mögliche Lösungen im aktiven Malprozess beschleunigt forcieren. Schwungvoll inszeniert sind diese Befreiungen im Bildraum auch körperlich spürbar, wie in gesteigerter intensivster Form in malerischer Arbeit an großen Bildformaten.

Selbstbewusst und selbstnah bietet sich ein künstlerisch handelnder Freiraum und Erfahrungsraum an, das Pendant die Malwand. Eine Chance für Menschen sich spielerisch wiederzufinden, sich ehrlich zu zeigen und malend tätig zu werden.

⁽¹⁾ Literatur:
Sinapius P. (2005):
Therapie als Bild – Das Bild als Therapie:
Grundlagen einer künstlerischen Therapie,
Peter Lang GmbH, Europäischer Verlag der
Wissenschaften: Frankfurt am Main,
2. überarbeiteter Auflage 2007;
S. 13–19; S. 23–29

DER ERSTE EINDRUCK ZÄHLT – DIE ZENTRALE PATIENTENAUFNAHME

Wir in der zentralen Patientenaufnahme sind meistens der Sammelpunkt aller Telefonate, Aufnahmen, Organisationsaufgaben der Klinik, denn hier werden ambulante sowie stationäre/teilstationäre Termine geplant, vergeben und organisiert.

Oftmals ist dieser große Aufwand nicht auf den ersten Blick von außen erkennbar. Hier ein kurzer Ausschnitt aus einem häufig arbeitsreichen, hektischen Alltag:

Morgens halb 10, Büro der Aufnahme – das Telefon läutet durchgehend, vor meiner Tür sammeln sich die Patienten – jeder möchte sofort drankommen, keiner möchte warten.

Am zweiten Telefon habe ich einen Hausarzt in der Leitung, vor mir steht ein Patient.

Was mache ich jetzt nur als Erstes?

Nachdem ich den jetzt schon verständlicherweise vom Warten irritierten Patienten bitten muss, sich vor der Türe noch ein wenig gedulden zu müssen (sorry!) – kann ich mich nun endlich dem Arzt an der Leitung widmen – leider nicht lange. Ein Arzt aus unserem PIA-Team steht plötzlich neben mir, ich soll ein Rezept für seinen Patienten ausdrucken.

Immer mehr Patienten vor der Türe ...

Am Telefon der Arzt einer niedergelassenen Praxis: Sein Patient müsse dringend heute noch kommen.

Wo bringe ich ihn unter?

Telefonat mit der passenden Station – natürlich ist diese voll. Auch in den nächsten Tagen keine Kapazitäten. Etliche Stationen später – endlich eine, die den Patienten nehmen könnte^{*)}. Der Arzt ist zufrieden, sein Patient kann kommen.

Nun möchte ich einen der wartenden Patienten zur Aufnahme in mein Büro bitten, eine Aufnahme braucht nämlich Zeit: persönliche Daten aufnehmen, Versichertenkarte einlesen, Überweisungsschein. Circa 10 Minuten später sind alle Formalitäten geklärt, und ich kann dem Patienten den Weg zur richtigen Station erklären. Der Patient kann sich nun mit Koffer und Aufnahme-papieren im Stationszimmer der jeweiligen Station anmelden.

Danach möchte ich den nächsten wartenden Patienten bedienen. Das Telefon läutet auch wieder. Stress breitet sich aus.

Doch ich möchte durchatmen, für den Patienten freundlich bleiben, ein Lächeln auf die Lippen setzen.

Wir in der Aufnahme müssen freundlich bleiben und den Überblick behalten, auch wenn viele Anliegen gleichzeitig gestellt werden. Eines nach dem anderen.

Die zentrale Aufnahme ist das Aushängeschild einer jeden Klinik. Hier entsteht der erste Eindruck, die oft ängstlichen, aufgeregten, unsicheren Patienten und ihre Angehörigen wollen beruhigt werden. Brauchen Orientierung und Begleitung.

Dies gestaltet sich bisweilen ziemlich schwierig, denn die meisten Patienten haben von sich selbst den Eindruck, dass ihr Fall der Dringendste ist und dementsprechend sofort einen Behandlungsplatz braucht. Die Stationen müssen auf die Wirtschaftlichkeit der Klinik achten und alle Betten belegen. Hier kommt dann die zentrale Patientenaufnahme ins Spiel.

Der erste Kontakt kommt meist per Telefon zustande, indem sich Patienten nach einem „freien Bett“ in unserer Klinik erkundigen. Manchmal tun dies aber auch ihre Angehörigen oder Ärzte. Dies teilt sich jeweils mit 50 % der Anrufer auf.

Neben den persönlichen Daten und ihrem Anliegen (der Diagnose) erfragen wir den Wunschtermin der Aufnahme. Kann oder muss der Patient sofort in unsere Klinik kommen oder haben wir etwas Zeit? Nach Rücksprache mit den Stationen (s. o.) sprechen wir mit den Patienten den Aufnahmetermin und die Uhrzeit ihres Erscheinens ab (Bitte kommen Sie bis um 10 Uhr).



Das Team der Zentralen Patientenaufnahme:
Kathrin Reichel (links), Dr. Konstantina Pfarrer (Mitte),
Ayla Cagliyan (rechts).

Sollte die Wartezeit für den Patienten zu lange sein, bemühen wir uns bis zur stationären Aufnahme überbrückend Termine bei Ärzten und Psychologen unserer Institutsambulanz anzubieten. Das wird von unseren Patienten gern wahrgenommen. Am Vortag der Aufnahme werden alle Patienten nochmals vom zentralen Patientenaufnahmemanagement angerufen und an den Termin erinnert, dabei können auch noch letzte Fra-

gen geklärt werden, wie zum Beispiel: Was muss ich mitbringen? Wo soll ich mich melden?

Der Tag der Aufnahme ist gekommen. Auch hier ist die zentrale Patientenaufnahme erste Anlaufstelle zur Klärung aller Formalitäten wie z. B. Behandlungsverträge. Erst dann kann der Patient auf die richtige Station gehen. Wir in der Aufnahme müssen immer einen kühlen Kopf

bewahren und den Überblick behalten, auch wenn viele Anliegen gleichzeitig gestellt und bearbeitet werden müssen. Wie heißt es nicht so schön: Für den ersten Eindruck gibt es keine zweite Chance!

^{*)} Wenn auf der am besten geeigneten Station kein Bett verfügbar ist, aber der Patient sofort einen Klinikplatz braucht, ist zu klären, ob durch die vorübergehende Aufnahme auf einer anderen Station die Situation zu lösen ist, oder ob der Patient doch noch einige Tage warten kann.

Veranstaltungshinweis

➤ Engelthaler Symposium

13. Juli 2016, 15.00 Uhr

*„Wenn der Körper rebelliert –
die somatische Belastungsstörung“.*

Externe Referenten:

Prof. Dr. Karl-Jürgen Bär
stellv. Direktor der Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie,
Universitätsklinikum Jena

PD Dr. Michael Noll-Hussong
Leiter der Hochschulambulanz der Klinik für
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
Universitätsklinik Ulm

Dipl.-Psych. Dr. Hans Lieb
Psychotherapeut und Lehrtherapeut in
Systemtherapie und Verhaltenstherapie,
eigene Praxis in Edenkoben (Baden-Württemberg)

➤ Ausstellung im Klinikfoyer „Rythm of Life“ FotoArt von Ingo von Ramdohr

Vernissage:

Freitag, 8. Juli 2016, 19.00 Uhr

Ausstellungsdauer:

**9. Juli–16. September 2016
täglich 9.00–20.00 Uhr**

➤ Engelthaler Gespräche

13. September 2016, 18.00–19.30 Uhr

23. November 2016, 18.00–19.30 Uhr

IMPRESSUM

Verantwortlich:
Frankenalb-Klinik Engelthal
Prof. Dr. Thomas Kraus
Reschenbergstraße 20
91238 Engelthal
Telefon 09158 926-0
Telefax 09158 926-3101
frankenalklinik@
bezirkskliniken-mfr.de

www.bezirkskliniken-mfr.de

Herausgeber:
Bezirkskliniken Mittelfranken
Feuchtwanger Straße 38
91522 Ansbach
Ansprechpartner:
Stabsstelle Marketing und Kommunikation
Dr. Ariane Peine
Telefon 0981 4653-3005
pressestelle@bezirkskliniken-mfr.de

Koordination:
Susanne Jeschke

Redaktion:
Ursula Bierschenk, Susanne Jeschke,
Prof. Dr. Thomas Kraus, Susanne
Rissmann, Christine Schuster,
Julia Rode

Die Bezirkskliniken Mittelfranken sind das
Kommunalunternehmen des Bezirks Mittelfranken
Vorsitzender des Verwaltungsrates:
Bezirkstagspräsident Richard Bartsch
Vorstand: Helmut Nawratil

Gestaltung und Produktion:
Winkler Werbung
Werbeagentur GmbH
Albrecht-Dürer-Platz 4
90403 Nürnberg
Telefon 0911 204251
Telefax 0911 204255
info@winkler-werbung.de
www.winkler-werbung.de

Druck:
Druckerei Carl Hessel GmbH