Psychiatrische Angehörigen-Arbeit: Drei Modelle im Vergleich

Die Angehörigengruppe an einer psychiatrischen Klinik

Ansgar Cordes & Beatrix Rey

Zusammenfassung

Ein nachhaltiger Behandlungserfolg von PatientInnen einer psychiatrischen Klinik scheint u. a. davon abzuhängen, ob deren Angehörige mitarbeiten und bezüglich einer künftigen Genesung zuversichtlich sind. Aber wie kann auf die Gefühle und Haltungen dieser Angehörigen Einfluss genommen werden?

Hierfür nehmen wir Bezug auf zwei unterschiedliche Arbeiten und Konzepte, wie die Angehörigen in therapeutisches Arbeiten mit einbezogen werden können: Andreas Manteufel (2015) formuliert die verschiedenen Rollen, Interessen und Fragestellungen der Angehörigen während des therapeutischen Prozesses. Er fordert dazu die durchgehende Aufmerksamkeit und Bezugnahme der psychiatrisch Tätigen gegenüber den Belangen der Angehörigen.

Amanda Worral (psychiatrische Gemeindeschwester in Alice Springs, Australien) beschreibt eine strukturierte Gruppenarbeit mit Eltern schizophrener Kinder (Worral 2015). Dort greift sie wiederkehrende Themen auf wie Scham, Schuld und Wut und wendet sie in ein Konzept neuer Autorenschaft für das eigene Leben. Diese mündet in den Prozess eines „Empowerment" zu tätigen Einsatz für die eigenen Anliegen und denen der PatientInnen.

Dem stellen wir unsere eigene Praxis einer offenen Angehörigengruppe gegenüber, welche wir seit 2003 betreiben. Hier fokussieren wir vor allem die besondere Verflechtung in den Familien. In der Gruppenarbeit differenzieren wir Sorgen und Ängste der Teilnehmenden, begleiten aber auch das Auftreten offener Konflikte. Die Angehörigen werden dabei unterstützt, Affekte zu klarifizieren und Positionen zu beziehen. In der Haltung sind wir bereit, sowohl konkrete Schritte zu mehr Autonomie zu fördern, als auch Wertschätzung für das Aufrecht-Erhalten enger familiärer Fürsorge zu zeigen.

Familienangehörige während der psychiatrischen Behandlung

Einerseits scheinen Familienangehörige für die Lebensperspektive der PatientInnen von hoher Bedeutung zu sein. Andererseits erfolgt deren Einbeziehung in die stationäre psychiatrische Behandlung noch wenig konzeptualisiert. Einzelne BehandlerInnen erkennen deren Bedeutung oft an, eine wirksame Angehörigen-Orientierung kann aber ohne explizites Konzept meist nicht dauerhaft durchgehalten werden und kann zum Beispiel Personal- Wechsel entscheidender „Angehörigen Arbeits-Protagonisten" nur schwer überdauern. Auch eine Niederlegung von Beratungsleistungen „nur" für Angehörige in der PatientInnen- Dokumentation und damit deren angemessene Vergütung steht in weiter Ferne und dürfte ohne fundiertes Konzept kaum durchsetzbar sein.

Von daher besteht u.E. ein Bedarf zunächst an Theorie, welche Angebote für Angehörige sinnvoll sein könnten und welche therapeutischen Effekte für die PatientInnen daraus gewonnen werden. Weiterhin aber auch an Methodenwissen, wie die Positionen und Affekte der Angehörigen aufzufassen seien, und wie auf ihre Belange Bezug genommen werden kann, ohne das therapeutische Bündnis zum ursprünglichen Patienten zu hintertreiben.

Andreas Manteufels Darstellung bezieht sich auf seine Angehörigenarbeit auf einer psychiatrischen Akutstation. Er schlägt vor, sich durchgehend um eine empathische Position zu den Angehörigen zu bemühen und sich

deren vielfältige Rollen und daraus folgende Anliegen zu vergegenwärtigen: U. a. können sie als potentielle Unterstützer der PatientInnen auftreten, sich aber auch im Konflikt mit diesen befinden (Manteufel 2015). Aus den verschiedenen Rollen erfolgen unterschiedliche Anliegen der Verwandten an uns BehandlerInnen: Von der Suche nach Informationen über Hinweise betreffs vermeintlich „richtigen" Verhaltens bis hin zu dem Wunsch „Dampf abzulassen" oder über ihre Sorge, „Schuld" an der Erkrankung ihrer Angehörigen zu haben.

Aus der Wachsamkeit für die Fragestellungen sollten konkrete Kontaktangebote für die Angehörigen abgeleitet werden, fordert der Autor. Er schildert Zugangswege über Gesprächseinladungen und Briefe an die Angehörigen sowie ein Fallbeispiel, in dem auch ein neunjähriges Kind in die Beratung mit einbezogen wird, offenbar mit der Wirkung, dass Ängste vor der Psychiatrie als Institution dadurch gemildert wurden. Als „Handwerkszeug" für die Gesprächsführung im Mehr-Personen-Setting empfiehlt Manteufel (2015) eine strukturierte Gesprächsführung mit Patienten und deren Angehörigen, deren Eingriffe sich die TherapeutIn zu Beginn des Gespräches „erlauben" lässt. Ziel wäre es dabei, das Gespräch im Fluss zu halten und Eskalationen oder Blockaden zu vermeiden. Dabei möchte er sowohl dem Wunsch der Angehörigen auf der Suche nach Informationen Rechnung tragen, als auch sich die Angaben der Angehörigen als „Fremdanamnese" für die therapeutische Arbeit zunutze machen und schließlich auch bei der Entlassplanung intensiv mit einbeziehen. Als „therapeutisch" erlebt er die Angehörigenarbeit dann, wenn die Angehörigen Veränderungswünsche formulieren.

Uns als PraktikerInnen der Psychiatrie überzeugen bei diesen Überlegungen die Wichtignahme des familiären Umfeldes für den nachhaltigen Behandlungserfolg sowie die Gewahrwerdung der Positionen und Anliegen der Angehörigen im Kontakt. Die Empfehlungen an die Psychiatrie, in der institutionellen Gesamtheit auf diese Anliegen einzugehen, bilden aus unserer Sicht einen sinnvollen Ausgangspunkt konkreterer weiterer Konzeptualisierung von Angehörigenarbeit.

Für die Arbeit mit Angehörigen ist oftmals eine therapeutische Expertise in der Gesprächsführung mit Mehr-Personen-Settings erforderlich

Methodisches Rüstzeug bietet hier zum Beispiel die systemische Therapie an: Die Art und Weise des familiären Zusammenspiels zwischen Familie und Indexpatient wird in Muster-Hypothesen gefasst. Diese bilden wiederum den Ausgangspunkt dafür, die Kontaktangebote und Gesprächsführung mit der Familie strategisch zu strukturieren. Die Wirksamkeit der Hypothesen würde sich in einer Beruhigung des Gesprächsatmosphäre erweisen, die sich aus dem Empfinden der Beteiligten speist, in ihrem Erleben der familiären Realität „abgeholt" zu werden. Als weitere methodische Hilfen kommen auch die Theorie des Mentalisierens mit der Praxis des MBT („mentalisation based treatment") in Betracht. Mit Mentalisieren ist die menschliche Fähigkeit gemeint, mentale Zustände (Affekte, Grundannahmen, Intentionen) bei sich und bei anderen situationsgemäß zu erkennen und diesen mentalen Zuständen Sinn zuzuschreiben. MBT, zum Beispiel auch in der Arbeit mit Paaren und Familien (Cordes 2011, Cordes 2020, Cordes & Schultz-Venrath 2015), zielt darauf ab, mentalisierende Fähigkeiten verbessern und damit Affekt- und Konfliktzustände angemessen regulieren zu können, sowie einen Perspektivwechsel zu ermöglichen.

Ein strukturiertes Gruppenangebot für Angehörige

Bezogen auf die Gesprächsführung mit Angehörigen liefert eine Arbeit von Amanda Worral dabei einige Konkretisierungen (Worral 2015). In Alice Springs bietet sie ein festes Gruppenangebot über vier Sitzungen für eine geschlossene Gruppe für Eltern schizophren diagnostizierter PatientInnen an. Die Angehörigen treten in einen angeleiteten Erfahrungsaustausch ein, den sie „Erlebnisreisen der Eltern" nennt. Hier sollen sie ihre Affektzustände artikulieren können und Resonanz bekommen. In den ersten vier Sitzungen sind die folgenden von den Eltern genannten Emotionen oder Themen „untersucht" worden: Scham/Trauer, Wut/Verzweiflung, Schuld/Selbstvorwürfe und Formen des Umgangs.

Für die Gruppenarbeit schlägt Worral konkrete affektfokussierte Fragen vor, u. a. über die Wirkungen des Gefühls der Scham, z. B. „Wovon will dich Scham überzeugen?" oder „Wie wird Ihr Leben aussehen, wenn Scham weiterhin eine führende Rolle spielt?". Scham und Schuldgefühle werden als destruktive Affekt-Qualitäten identifiziert, die dazu führen, dass sich Angehörige absondern und in resignativer Haltung zurückziehen. Der Austausch in der Gruppe anhand gezielter Fragen bewirkt eine Modulation ohnmächtiger Selbstzuschreibungen und setzt einen Prozess des „Re-Authoring" über die eigene Lebensgeschichte in Gang. Damit ist eine Änderung eines Narratives über das eigene Leben und die eigene Person gemeint in

Richtung mehr Wertschätzung für sich selbst und für gelungene Lebensleistungen.

Die Relativierung selbstdestruktiver Affekte transformiere dann in eine nach außen gerichtete Wut über allgemeine Ungerechtigkeit und über strukturelle Benachteiligung psychisch kranker Menschen. Diese könne schließlich in konkrete bürgerschaftlich-politische Aktivität für die IndexpatientInnen münden. Wir schätzen an der Arbeit Worrals den festen Rahmen für die Gruppenarbeit, die das Angebot aus Sicht der NutzerInnen berechenbar und realistisch macht. Damit wird unserer Einschätzung nach erst der Boden bereitet, über schwierige Emotionen in Kontakt zu kommen. Weiterhin werden auch vielerlei Möglichkeiten aktiver Fragestellungen konkret angeboten, diese Emotionen aufzugreifen und konstruktiv zu regulieren. Und schließlich werden „Ziel-Zustände" eines erfolgreichen Gruppenprozess anhand einer Identitäts- Wandels der Teilnehmenden plastisch beschrieben.

Ergänzen möchten wir die Haltung eines „Empowerment", die die Autorin vertritt, um eine Ebene der Reflexion innerfamiliärer Muster. Denn vermieden scheint bei Worral die Aktualisierung und Vertiefung von Wut der Angehörigen auf die Index-PatientInnen und auch umgekehrt. Die Wut nach außen erscheint – bei aller objektiver Berechtigung – vor dieser Vermeidung auch als „Spannungsabfuhr" wesentlicher innerfamiliärer Konflikte. Diese würden durch deren Nicht Thematisierung weiterhin in einer persönlichen Tabu-Zone der GruppenteilnehmerInnen verbleiben und könnten im schlechteren Fall erneute Schamgefühle auslösen. Ein mit der Index-PatientIn exklusiv geteiltes Schamgefühl könnte dann wieder ein Abhängigkeitserleben in den Familien verstärken und Schritte angemessener Individuation zusätzlich erschweren.

Die Angehörigengruppe am Evangelischen Krankenhaus, Rahmenbedingungen

Mit unserem offenen Gruppenangebot nehmen wir Bezug auf fremde Pionierarbeit in diesem Bereich, haben uns aber vor dem Hintergrund familientherapeutischer Überlegungen für einige andere Schwerpunktsetzungen entschieden. Beachtenswert ist dabei auch der institutionelle Kontext, in den unser Angebot eingebettet ist: Wir sind eine Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Kölner Umland mit ca. 130 stationären und teilstationären Behandlungsplätzen, sowie einer Psychiatrischen Institutsambulanz. Die Teilnehmer werden durch Aushänge, Website und durch mündliche Mitteilung auf das 90-minütige Angebot der Angehörigengruppe aufmerksam gemacht (im gleichbleibenden Termin, jeden 3. Montag im Monat um 17 Uhr). Eine Voranmeldung, eine konkrete Legitimation des Status als „Angehörige/r" oder auch nur ein Bezug zu unserer Klinik sind nicht erforderlich. Die Rahmenbedingungen sollen ein berechenbares Profil und gleichzeitig eine besondere Niederschwelligkeit des Gruppenangebotes realisieren. Die Unabhängigkeit des Gruppenangebotes vom Behandlerteam hat den Effekt, dass es in der Gruppe der Angehörigen nicht um die Behandlung geht, sondern in erster Linie um die Angehörigen mit ihren Themen und Affekten. Auch für Behandler unserer Klinik kann ein Verweis auf das Gruppenangebot nützlich sein, wenn diese sich mit Anfragen von Angehörigen konfrontiert sehen, die sie (noch) nicht erfüllen können. Beispielsweise den Wunsch der Angehörigen nach Information über die Krankheit des Indexpatienten oder Beratung über förderliches Verhalten, denen die BehandlerIn nicht entsprechen kann, ohne die Loyalität oder das therapeutische Bündnis mit dem Patienten zu verletzen.

Ablauf und Methodik der Gruppenarbeit

Ist die Gruppe zusammengetroffen, die sich aufgrund obiger Rahmenbedingungen jedes Mal als „neue Gruppe" erleben wird, auch mit zwei sich abwechselnden TherapeutInnen (AutorInnen) gibt es ein ritualisiertes Verfahren zur Konstituierung der Gruppe: Eine kurze Einführung der TherapeutIn mit Beschreibung des Gruppenverfahrens, dann eine Runde, in der jede TeilnehmerIn sich in der eigenen Lebenssituation als Angehörige(r) kurz vorstellt und die Gelegenheit hat, ein Anliegen oder Leitfragen für die Sitzung einzubringen. Die frühe Vorstellung der Einzelnen dient der Identitätssicherung der TeilnehmerInnen, d.h. der Bestätigung, in der Gruppe angenommen und am richtigen Platz zu sein, was sich in einer Reduzierung von Angst-Niveau bemerkbar macht (Wedekind 2005). Die Gruppe ist anschließend aufgefordert, sich für eins der eingebrachten Themen explizit zu entscheiden, was wiederum einer Überlastung der Gruppe entgegen. Hiermit sind Effekte gemeint, dass in Gruppen die TeilnehmerInnen einander mit der Gewahrwerdung traumatischer Erinnerungen quasi „infizieren" können (d.h. szenische Erinnerungen eher ohnmächtig erleben statt Erinnerungen in einem aktiv konstruierten Narrativ). Die verschiedenen, belastenden Erlebnisse, die die Einzelnen in ihrer Rolle als Angehörige schnell abfolgend äußern, würde die Gruppe in ihrer Fähigkeit zur Reflexion und Problemlösung überfordern und erneute Ohnmachtserfahrungen der TeilnehmerInnen befürchten lassen. Die Themen werden anschließend

deren vielfältige Rollen und daraus folgende Anliegen zu vergegenwärtigen: U. a. können sie als potentielle Unterstützer der PatientInnen auftreten, sich aber auch im Konflikt mit diesen befinden (Manteufel 2015). Aus den verschiedenen Rollen erfolgen unterschiedliche Anliegen der Verwandten an uns BehandlerInnen: Von der Suche nach Informationen über Hinweise betreffs vermeintlich „richtigen" Verhaltens bis hin zu dem Wunsch „Dampf abzulassen" oder über ihre Sorge, „Schuld" an der Erkrankung ihrer Angehörigen zu haben.

Aus der Wachsamkeit für die Fragestellungen sollten konkrete Kontaktangebote für die Angehörigen abgeleitet werden, fordert der Autor. Er schildert Zugangswege über Gesprächseinladungen und Briefe an die Angehörigen sowie ein Fallbeispiel, in dem auch ein neunjähriges Kind in die Beratung mit einbezogen wird, offenbar mit der Wirkung, dass Ängste vor der Psychiatrie als Institution dadurch gemildert wurden. Als „Handwerkszeug" für die Gesprächsführung im Mehr-Personen-Setting empfiehlt Manteufel (2015) eine strukturierte Gesprächsführung mit Patienten und deren Angehörigen, deren Eingriffe sich die TherapeutIn zu Beginn des Gespräches „erlauben" lässt. Ziel wäre es dabei, das Gespräch im Fluss zu halten und Eskalationen oder Blockaden zu vermeiden. Dabei möchte er sowohl dem Wunsch der Angehörigen auf der Suche nach Informationen Rechnung tragen, als auch sich die Angaben der Angehörigen als „Fremdanamnese" für die therapeutische Arbeit zunutze machen und schließlich auch bei der Entlassplanung intensiv mit einbeziehen. Als „therapeutisch" erlebt er die Angehörigenarbeit dann, wenn die Angehörigen Veränderungswünsche formulieren.

Uns als PraktikerInnen der Psychiatrie überzeugen bei diesen Überlegungen die Wichtignahme des familiären Umfeldes für den nachhaltigen Behandlungserfolg sowie die Gewahrwerdung der Positionen und Anliegen der Angehörigen im Kontakt. Die Empfehlungen an die Psychiatrie, in der institutionellen Gesamtheit auf diese Anliegen einzugehen, bilden aus unserer Sicht einen sinnvollen Ausgangspunkt konkreterer weiterer Konzeptualisierung von Angehörigenarbeit.

Für die Arbeit mit Angehörigen ist oftmals eine therapeutische Expertise in der Gesprächsführung mit Mehr-Personen-Settings erforderlich

Methodisches Rüstzeug bietet hier zum Beispiel die systemische Therapie an: Die Art und Weise des familiären Zusammenspiels zwischen Familie und Indexpatient wird in Muster-Hypothesen gefasst. Diese bilden wiederum den Ausgangspunkt dafür, die Kontaktangebote und Gesprächsführung mit der Familie strategisch zu strukturieren. Die Wirksamkeit der Hypothesen würde sich in einer Beruhigung des Gesprächsatmosphäre erweisen, die sich aus dem Empfinden der Beteiligten speist, in ihrem Erleben der familiären Realität „abgeholt" zu werden. Als weitere methodische Hilfen kommen auch die Theorie des Mentalisierens mit der Praxis des MBT („mentalisation based treatment") in Betracht. Mit Mentalisieren ist die menschliche Fähigkeit gemeint, mentale Zustände (Affekte, Grundannahmen, Intentionen) bei sich und bei anderen situationsgemäß zu erkennen und diesen mentalen Zuständen Sinn zuzuschreiben. MBT, zum Beispiel auch in der Arbeit mit Paaren und Familien (Cordes 2011, Cordes 2020, Cordes & Schultz-Venrath 2015), zielt darauf ab, mentalisierende Fähigkeiten verbessern und damit Affekt- und Konfliktzustände angemessen regulieren zu können, sowie einen Perspektivwechsel zu ermöglichen.

Ein strukturiertes Gruppenangebot für Angehörige

Bezogen auf die Gesprächsführung mit Angehörigen liefert eine Arbeit von Amanda Worral dabei einige Konkretisierungen (Worral 2015). In Alice Springs bietet sie ein festes Gruppenangebot über vier Sitzungen für eine geschlossene Gruppe für Eltern schizophren diagnostizierter PatientInnen an. Die Angehörigen treten in einen angeleiteten Erfahrungsaustausch ein, den sie „Erlebnisreisen der Eltern" nennt. Hier sollen sie ihre Affektzustände artikulieren können und Resonanz bekommen. In den ersten vier Sitzungen sind die folgenden von den Eltern genannten Emotionen oder Themen „untersucht" worden: Scham/Trauer, Wut/Verzweiflung, Schuld/Selbstvorwürfe und Formen des Umgangs.

Für die Gruppenarbeit schlägt Worral konkrete affektfokussierte Fragen vor, u. a. über die Wirkungen des Gefühls der Scham, z. B. „Wovon will dich Scham überzeugen?" oder „Wie wird Ihr Leben aussehen, wenn Scham weiterhin eine führende Rolle spielt?". Scham und Schuldgefühle werden als destruktive Affekt-Qualitäten identifiziert, die dazu führen, dass sich Angehörige absondern und in resignativer Haltung zurückziehen. Der Austausch in der Gruppe anhand gezielter Fragen bewirkt eine Modulation ohnmächtiger Selbstzuschreibungen und setzt einen Prozess des „Re-Authoring" über die eigene Lebensgeschichte in Gang. Damit ist eine Änderung eines Narratives über das eigene Leben und die eigene Person gemeint in

Richtung mehr Wertschätzung für sich selbst und für gelungene Lebensleistungen.

Die Relativierung selbstdestruktiver Affekte transformiere dann in eine nach außen gerichtete Wut über allgemeine Ungerechtigkeit und über strukturelle Benachteiligung psychisch kranker Menschen. Diese könne schließlich in konkrete bürgerschaftlich-politische Aktivität für die IndexpatientInnen münden. Wir schätzen an der Arbeit Worrals den festen Rahmen für die Gruppenarbeit, die das Angebot aus Sicht der NutzerInnen berechenbar und realistisch macht. Damit wird unserer Einschätzung nach erst der Boden bereitet, über schwierige Emotionen in Kontakt zu kommen. Weiterhin werden auch vielerlei Möglichkeiten aktiver Fragestellungen konkret angeboten, diese Emotionen aufzugreifen und konstruktiv zu regulieren. Und schließlich werden „Ziel-Zustände" eines erfolgreichen Gruppenprozess anhand einer Identitäts- Wandels der Teilnehmenden plastisch beschrieben.

Ergänzen möchten wir die Haltung eines „Empowerment", die die Autorin vertritt, um eine Ebene der Reflexion innerfamiliärer Muster. Denn vermieden scheint bei Worral die Aktualisierung und Vertiefung von Wut der Angehörigen auf die Index-PatientInnen und auch umgekehrt. Die Wut nach außen erscheint – bei aller objektiver Berechtigung – vor dieser Vermeidung auch als „Spannungsabfuhr" wesentlicher innerfamiliärer Konflikte. Diese würden durch deren Nicht Thematisierung weiterhin in einer persönlichen Tabu-Zone der GruppenteilnehmerInnen verbleiben und könnten im schlechteren Fall erneute Schamgefühle auslösen. Ein mit der Index-PatientIn exklusiv geteiltes Schamgefühl könnte dann wieder ein Abhängigkeitserleben in den Familien verstärken und Schritte angemessener Individuation zusätzlich erschweren.

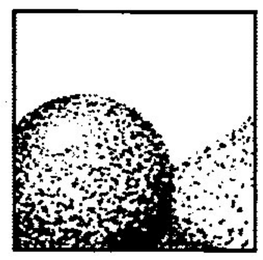
Die Angehörigengruppe am Evangelischen Krankenhaus, Rahmenbedingungen

Mit unserem offenen Gruppenangebot nehmen wir Bezug auf fremde Pionierarbeit in diesem Bereich, haben uns aber vor dem Hintergrund familientherapeutischer Überlegungen für einige andere Schwerpunktsetzungen entschieden. Beachtenswert ist dabei auch der institutionelle Kontext, in den unser Angebot eingebettet ist: Wir sind eine Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Kölner Umland mit ca. 130 stationären und teilstationären Behandlungsplätzen, sowie einer Psychiatrischen Institutsambulanz. Die Teilnehmer werden durch Aushänge, Website und durch mündliche Mitteilung auf das 90-minütige Angebot der Angehörigengruppe aufmerksam gemacht (im gleichbleibenden Termin, jeden 3. Montag im Monat um 17 Uhr). Eine Voranmeldung, eine konkrete Legitimation des Status als „Angehörige/r" oder auch nur ein Bezug zu unserer Klinik sind nicht erforderlich. Die Rahmenbedingungen sollen ein berechenbares Profil und gleichzeitig eine besondere Niederschwelligkeit des Gruppenangebotes realisieren. Die Unabhängigkeit des Gruppenangebotes vom Behandlerteam hat den Effekt, dass es in der Gruppe der Angehörigen nicht um die Behandlung geht, sondern in erster Linie um die Angehörigen mit ihren Themen und Affekten. Auch für Behandler unserer Klinik kann ein Verweis auf das Gruppenangebot nützlich sein, wenn diese sich mit Anfragen von Angehörigen konfrontiert sehen, die sie (noch) nicht erfüllen können. Beispielsweise den Wunsch der Angehörigen nach Information über die Krankheit des Indexpatienten oder Beratung über förderliches Verhalten, denen die BehandlerIn nicht entsprechen kann, ohne die Loyalität oder das therapeutische Bündnis mit dem Patienten zu verletzen.

Ablauf und Methodik der Gruppenarbeit

Ist die Gruppe zusammengetroffen, die sich aufgrund obiger Rahmenbedingungen jedes Mal als „neue Gruppe" erleben wird, auch mit zwei sich abwechselnden TherapeutInnen (AutorInnen) gibt es ein ritualisiertes Verfahren zur Konstituierung der Gruppe: Eine kurze Einführung der TherapeutIn mit Beschreibung des Gruppenverfahrens, dann eine Runde, in der jede TeilnehmerIn sich in der eigenen Lebenssituation als Angehörige(r) kurz vorstellt und die Gelegenheit hat, ein Anliegen oder Leitfragen für die Sitzung einzubringen. Die frühe Vorstellung der Einzelnen dient der Identitätssicherung der TeilnehmerInnen, d.h. der Bestätigung, in der Gruppe angenommen und am richtigen Platz zu sein, was sich in einer Reduzierung von Angst-Niveau bemerkbar macht (Wedekind 2005). Die Gruppe ist anschließend aufgefordert, sich für eins der eingebrachten Themen explizit zu entscheiden, was wiederum einer Überlastung der Gruppe entgegen. Hiermit sind Effekte gemeint, dass in Gruppen die TeilnehmerInnen einander mit der Gewahrwerdung traumatischer Erinnerungen quasi „infizieren" können (d.h. szenische Erinnerungen eher ohnmächtig erleben statt Erinnerungen in einem aktiv konstruierten Narrativ). Die verschiedenen, belastenden Erlebnisse, die die Einzelnen in ihrer Rolle als Angehörige schnell abfolgend äußern, würde die Gruppe in ihrer Fähigkeit zur Reflexion und Problemlösung überfordern und erneute Ohnmachtserfahrungen der TeilnehmerInnen befürchten lassen. Die Themen werden anschließend

gruppenbezogen moderiert. Am Ende erfolgt eine Abschlussrunde, in der jede TeilnehmerIn schildern kann, ob und wie sie mit ihrem eingebrachten Anliegen weitergekommen sei. Der Therapeut spricht die Einladung an alle aus, gerne wieder zu kommen.



Themen der TeilnehmerInnen

Typische Themen, die in der Angehörigengruppe eingebracht werden, lauten: *„Wie verhalte ich mich bei Suiziddrohungen des Ehemannes?"*

„Wie kann ich mit Stimmungsschwankungen des Partners klarkommen?"

„Wie können wir auf die Bedürfnisse unserer jüngeren Tochter – neben der psychisch erkrankten älteren Tochter - eingehen?"

„Wie kann ich auf die Anmaßungen und Übergriffe meines Sohnes reagieren?"

„Wie kann ich eigene Interessen weiterverfolgen neben der Hilfe für meinen depressionskranken Ehemann?"

Diese und andere Fragen werden nicht immer derart bündig und gezielt vorgetragen. Stattdessen werden den TeilnehmerInnen auch – nach ihrer Vorstellung mit manchmal weniger systematischer Darstellung ihrer Lebenssituation – diese Frageformulierungen vorgeschlagen, denen sie dann gegebenenfalls zusammen. Viele Themenvorschläge scheinen dabei ein gemeinsames implizites Thema der Angehörigengruppe zu umschreiben, welches ungefähr lauten könnte:

„Darf und kann ich mich mit eigenen Bedürfnissen abgrenzen gegenüber der Krankheit des Angehörigen?"

In dieser Frage scheint ein interpersonales Konfliktpotenzial angedeutet innerhalb der Familie, welches sich aber auch intrapsychisch abbildet als ethische Fragen der TeilnehmerInnen. Unsere Konzept- Entscheidung besteht darin – in Abgrenzung der Arbeit von Worral (2015) – diese Konflikte in der Gruppenarbeit zu fokussieren. Zugrunde liegend ist dabei unsere Überzeugung, dass die Beteiligten in der Interaktion mit den PatientInnen letztendlich am ehesten handlungsfähig sind (anders als in einer Protesthaltung nach außen) und hierbei am ehesten Selbstwirksamkeit entfalten können. Für Konflikterleben ist Aggression ein wesentlicher Leitaffekt, weswegen sie in der vertieften Gruppenarbeit eine besondere Aufmerksamkeit, Wertschätzung aber auch Modulation und Regulierung erfahren soll.

Interventionen der TherapeutInnen

Die TherapeutInnen sind gemäß den Prinzipien systemischer Gesprächsführung und der Arbeit des „mentalisazion-based treatment" (Fonagy 2004, Kirsch 2014, Schultz-Venrath 2013, Schultz-Venrath & Felsberger 2016) bestrebt, die eigene Expertise zunächst zurückzuhalten und stattdessen die Gruppe zu dem eingebrachten Thema miteinander in das Gespräch zu bringen. Dieses durch gezielte Fragen, die die Exploration von Affekten und Grundannahmen in einem konkreten Interaktionsszenario (statt generalisierend-ausweichend) befördern sollen. Denn weniger das Ergebnis des mentalisierend-forschenden Nachdenkens sind letztendlich für einen qualitativen Gruppenprozess maßgebend, sondern der aktive Prozess des beginnenden Mentalisierens an sich bei den einzelnen TeilnehmerInnen. Beispiele für Gruppen-aktivierende Interventionen:

„Was meint die Gruppe, was belastet Frau Müller am meisten im Zusammenleben mit ihrer Tochter?"

„Was denken Sie, was fühlt Frau Müller genau, wenn ihre Tochter von Suizid spricht?"

„Das wäre schon ein Schritt weiter, die Überlegung, was Fr. Müller da tun könnte. Ich würde erstmal genau wissen wollen, was Fr. Müller fühlt, wenn die Tochter Suizid erwähnt?"

Weniger „richtige" Ergebnisse sind für der Gruppe förderlich, als der gemeinsam von der Gruppe betriebene forschende Prozess.

Die Interventionen verfolgen an diesem Punkt der Gruppenarbeit die Absicht, Belastung, Haltung und Affektsituation der anwesenden Angehörigen die nächst liegende Aufmerksamkeit zuzugestehen. Sind diese und damit auch ein ggf. belastbarer Veränderungswunsch der GruppenteilnehmerIn genauer differenziert, ist der weitere mögliche Fokus, mentale Zustände und Erwartungen des „Indexpatienten" an die Angehörige konkreter zu erforschen. Denn in der Arbeit mit Mehr-Personen-Settings ergeben sich Entwicklungsräume (bei widerstreitenden Interessen des oftmals bedürftigen Patienten gegenüber dem Abgrenzungswunsch des Angehörigen) vor allem durch die lebendige und differenzierende, statt verallgemeinernde, Erfassung der jeweiligen Affektzustände und

Anliegen aneinander. Beispiele für Fragen zum Indexpatenten (s.a. Simon & Rech-Simon 2009):

„Frau Müller, gab es Momente, in denen Ihrer Tochter etwas aus eigener Kraft gelungen ist?"

„Was meint die Gruppe, was wünscht sich die Tochter von Frau Müller, wenn sie von Suizid spricht?"

„Unabhängig davon, was Fr. Müller geben könnte, welche Art der Unterstützung würde Fr. Müllers Tochter auf Dauer gesehen weiterhelfen?"

„Und welche weniger?"

Beim Nachdenken über die „Abwesenden" ist die Nähe zum „Expertentum", welches den TherapeutInnen zugeschrieben wird, besonders groß und das Gruppengeschehen in Gefahr zu einer allgemeinen Informationsveranstaltung zu degenerieren. Eine therapeutische Abstinenz und eine Aktivierung des mentalisierenden Prozesses in der Gruppe gelingt dann, wenn Krankheits-Etikettierung hin zu einer Sinn-zuschreibenden Interpretation des gemeinsamen Handelns in der Familie „verflüssigt" werden kann.

Umgang mit Abhängigkeiten in der Familie

Viele psychiatrische Symptome scheinen in Familien zu induzieren, Bewegungen zur Selbständigkeit und Individuation zu arretieren. Zum Beispiel indem auf Symptomhandlungen viele Betreuungs- und Kontrollhandlungen folgen, die die Familienmitglieder in ihrer Tatkraft und Aufmerksamkeit stark in die Familie zurückbinden. Gemäß systemischer Überlegungen geschieht dies auch im heimlichen Interesse der ganzen Familie. Folglich erwarten wir eine Ambivalenz hinsichtlich nur scheinbar angestrebter Unabhängigkeit nicht nur seitens der Indexpatienten, sondern auch bei den Angehörigen selbst. Um das Zutreffen diese Hypothese im Einzelfall zu erforschen und dafür auch die Muster-Neugier der GruppenteilnehmerInnen zu gewinnen, bietet sich eine typische Frage an:

„Was meint die Gruppe, was würde Herr Müller für sich tun wollen, wenn die Sorge um seinen Sohn geringer würde?"

Ein fortgesetztes Missverstehen dieser Frage, sowie ausweichende, sehr nebulöse Antworten wären Indizien für oben genannte Hypothese und würden z. B. folgende gezieltere (dafür auch leider stärker suggestiv wirkende) Nachfrage ermöglichen:

„Könnte Herr Müller auch selber Furcht davor haben, wenn sein Sohn unabhängiger würde?"

Ein mentalisierungsfördernder Gruppenprozess würde sich unserer Überzeugung nach dadurch auszeichnen, dass beide Seiten der Ambivalenz zwischen Bezogenheit und Autonomie profiliert blieben und Akzeptanz erführen. Hierzu ist es als Therapeutin wesentlich, einen frühen Gruppenkonsens bezüglich Handlungsebene (etwa in dem Sinne „Dann setzen Sie ihn doch endlich vor die Tür, Frau Müller!") zu durchkreuzen und stattdessen den anderen „Ambivalenz-Arm" zur Geltung zu bringen. Und in der Tat bieten sich nicht nur Gruppen-strategische sondern auch sachliche Gründe dafür an, vor plötzlichen „Befreiungsschlägen" zur Verselbständigung auch zu warnen. Eine solche Warnung könnte wie folgt aussehen:

„Ich kann verstehen, dass Sie, Frau Müller, sich mehr Freiraum wünschen und finde auch die Überlegung der Gruppe sehr nachvollziehbar, dass nämlich eine weitere so intensive Unterstützung auch der Tochter von Frau Müller auf Dauer wenig helfen würde. Trotzdem gebe ich aber zu bedenken, dass bei Entzug dieser Hilfe eine mehr oder weniger vorübergehende Symptomverschlechterung, Erkrankungsrückfall bis hin zu einer Gefährdung der Tochter einkalkuliert werden muss. Was meint die Gruppe, was könnte Frau Müller unterstützen, wenn es so käme?"

Die düster scheinende Prognose folgt einerseits der klinischen Erfahrung in der Arbeit mit Familien: Wenn ein psychiatrisches Symptom eine systemstabilisierende Funktion erfüllt, muss damit gerechnet werden, dass bei einer plötzlichen Abgrenzungsbewegung der Symptomträger hinsichtlich der Symptomexposition zunächst mal „nachfasst". Dieser Symptom-Eskalation könnte man die Absicht zuschreiben, zeitnah zu überprüfen, wie ernsthaft und nachhaltig die anderen Familienmitglieder ihre Abgrenzungsbewegung wirklich betreiben wollen. Und andererseits ist es auch taktisch sinnvoll, sich bei einer geplanten familiären Veränderung schon früh die möglichen Risiken zu vergegenwärtigen um entsprechend vorsichtig die einzelnen Veränderungsschritte anzugehen. Damit könnte eine Familie auch vor zu plötzlichen Veränderungen geschützt werden, die dann ebenso unvermittelt wieder zurückgenommen werden. Die familiäre Interaktion könnte somit noch weniger berechenbar werden und mittelfristig so den „Symptomdruck" erhöhen, auf familiäre Struktur wirksam Kontrolle ausüben zu wollen.

gruppenbezogen moderiert. Am Ende erfolgt eine Abschlussrunde, in der jede TeilnehmerIn schildern kann, ob und wie sie mit ihrem eingebrachten Anliegen weitergekommen sei. Der Therapeut spricht die Einladung an alle aus, gerne wieder zu kommen.

Themen der TeilnehmerInnen

Typische Themen, die in der Angehörigengruppe eingebracht werden, lauten: *„Wie verhalte ich mich bei Suiziddrohungen des Ehemannes?"*

„Wie kann ich mit Stimmungsschwankungen des Partners klarkommen?"

„Wie können wir auf die Bedürfnisse unserer jüngeren Tochter – neben der psychisch erkrankten älteren Tochter - eingehen?"

„Wie kann ich auf die Anmaßungen und Übergriffe meines Sohnes reagieren?"

„Wie kann ich eigene Interessen weiterverfolgen neben der Hilfe für meinen depressionskranken Ehemann?"

Diese und andere Fragen werden nicht immer derart bündig und gezielt vorgetragen. Stattdessen werden den TeilnehmerInnen auch – nach ihrer Vorstellung mit manchmal weniger systematischer Darstellung ihrer Lebenssituation – diese Frageformulierungen vorgeschlagen, denen sie dann gegebenenfalls zusammen. Viele Themenvorschläge scheinen dabei ein gemeinsames implizites Thema der Angehörigengruppe zu umschreiben, welches ungefähr lauten könnte:

„Darf und kann ich mich mit eigenen Bedürfnissen abgrenzen gegenüber der Krankheit des Angehörigen?"

In dieser Frage scheint ein interpersonales Konfliktpotenzial angedeutet innerhalb der Familie, welches sich aber auch intrapsychisch abbildet als ethische Fragen der TeilnehmerInnen. Unsere Konzept- Entscheidung besteht darin – in Abgrenzung der Arbeit von Worral (2015) – diese Konflikte in der Gruppenarbeit zu fokussieren. Zugrunde liegend ist dabei unsere Überzeugung, dass die Beteiligten in der Interaktion mit den PatientInnen letztendlich am ehesten handlungsfähig sind (anders als in einer Protesthaltung nach außen) und hierbei am ehesten Selbstwirksamkeit entfalten können. Für Konflikterleben ist Aggression ein wesentlicher Leitaffekt, weswegen sie in der vertieften Gruppenarbeit eine besondere Aufmerksamkeit, Wertschätzung aber auch Modulation und Regulierung erfahren soll.

Interventionen der TherapeutInnen

Die TherapeutInnen sind gemäß den Prinzipien systemischer Gesprächsführung und der Arbeit des „mentalisazion-based treatment" (Fonagy 2004, Kirsch 2014, Schultz-Venrath 2013, Schultz-Venrath & Felsberger 2016) bestrebt, die eigene Expertise zunächst zurückzuhalten und stattdessen die Gruppe zu dem eingebrachten Thema miteinander in das Gespräch zu bringen. Dieses durch gezielte Fragen, die die Exploration von Affekten und Grundannahmen in einem konkreten Interaktionsszenario (statt generalisierend-ausweichend) befördern sollen. Denn weniger das Ergebnis des mentalisierend-forschenden Nachdenkens sind letztendlich für einen qualitativen Gruppenprozess maßgebend, sondern der aktive Prozess des beginnenden Mentalisierens an sich bei den einzelnen TeilnehmerInnen. Beispiele für Gruppen-aktivierende Interventionen:

„Was meint die Gruppe, was belastet Frau Müller am meisten im Zusammenleben mit ihrer Tochter?"

„Was denken Sie, was fühlt Frau Müller genau, wenn ihre Tochter von Suizid spricht?"

„Das wäre schon ein Schritt weiter, die Überlegung, was Fr. Müller da tun könnte. Ich würde erstmal genau wissen wollen, was Fr. Müller fühlt, wenn die Tochter Suizid erwähnt?"

Weniger „richtige" Ergebnisse sind für der Gruppe förderlich, als der gemeinsam von der Gruppe betriebene forschende Prozess.

Die Interventionen verfolgen an diesem Punkt der Gruppenarbeit die Absicht, Belastung, Haltung und Affektsituation der anwesenden Angehörigen die nächst liegende Aufmerksamkeit zuzugestehen. Sind diese und damit auch ein ggf. belastbarer Veränderungswunsch der GruppenteilnehmerIn genauer differenziert, ist der weitere mögliche Fokus, mentale Zustände und Erwartungen des „Indexpatienten" an die Angehörige konkreter zu erforschen. Denn in der Arbeit mit Mehr-Personen-Settings ergeben sich Entwicklungsräume (bei widerstreitenden Interessen des oftmals bedürftigen Patienten gegenüber dem Abgrenzungswunsch des Angehörigen) vor allem durch die lebendige und differenzierende, statt verallgemeinernde, Erfassung der jeweiligen Affektzustände und

Anliegen aneinander. Beispiele für Fragen zum Indexpatenten (s.a. Simon & Rech-Simon 2009):

„Frau Müller, gab es Momente, in denen Ihrer Tochter etwas aus eigener Kraft gelungen ist?"

„Was meint die Gruppe, was wünscht sich die Tochter von Frau Müller, wenn sie von Suizid spricht?"

„Unabhängig davon, was Fr. Müller geben könnte, welche Art der Unterstützung würde Fr. Müllers Tochter auf Dauer gesehen weiterhelfen?"

„Und welche weniger?"

Beim Nachdenken über die „Abwesenden" ist die Nähe zum „Expertentum", welches den TherapeutInnen zugeschrieben wird, besonders groß und das Gruppengeschehen in Gefahr zu einer allgemeinen Informationsveranstaltung zu degenerieren. Eine therapeutische Abstinenz und eine Aktivierung des mentalisierenden Prozesses in der Gruppe gelingt dann, wenn Krankheits-Etikettierung hin zu einer Sinn-zuschreibenden Interpretation des gemeinsamen Handelns in der Familie „verflüssigt" werden kann.

Umgang mit Abhängigkeiten in der Familie

Viele psychiatrische Symptome scheinen in Familien zu induzieren, Bewegungen zur Selbständigkeit und Individuation zu arretieren. Zum Beispiel indem auf Symptomhandlungen viele Betreuungs- und Kontrollhandlungen folgen, die die Familienmitglieder in ihrer Tatkraft und Aufmerksamkeit stark in die Familie zurückbinden. Gemäß systemischer Überlegungen geschieht dies auch im heimlichen Interesse der ganzen Familie. Folglich erwarten wir eine Ambivalenz hinsichtlich nur scheinbar angestrebter Unabhängigkeit nicht nur seitens der Indexpatienten, sondern auch bei den Angehörigen selbst. Um das Zutreffen diese Hypothese im Einzelfall zu erforschen und dafür auch die Muster-Neugier der GruppenteilnehmerInnen zu gewinnen, bietet sich eine typische Frage an:

„Was meint die Gruppe, was würde Herr Müller für sich tun wollen, wenn die Sorge um seinen Sohn geringer würde?"

Ein fortgesetztes Missverstehen dieser Frage, sowie ausweichende, sehr nebulöse Antworten wären Indizien für oben genannte Hypothese und würden z. B. folgende gezieltere (dafür auch leider stärker suggestiv wirkende) Nachfrage ermöglichen:

„Könnte Herr Müller auch selber Furcht davor haben, wenn sein Sohn unabhängiger würde?"

Ein mentalisierungsfördernder Gruppenprozess würde sich unserer Überzeugung nach dadurch auszeichnen, dass beide Seiten der Ambivalenz zwischen Bezogenheit und Autonomie profiliert blieben und Akzeptanz erführen. Hierzu ist es als Therapeutin wesentlich, einen frühen Gruppenkonsens bezüglich Handlungsebene (etwa in dem Sinne „Dann setzen Sie ihn doch endlich vor die Tür, Frau Müller!") zu durchkreuzen und stattdessen den anderen „Ambivalenz-Arm" zur Geltung zu bringen. Und in der Tat bieten sich nicht nur Gruppen-strategische sondern auch sachliche Gründe dafür an, vor plötzlichen „Befreiungsschlägen" zur Verselbständigung auch zu warnen. Eine solche Warnung könnte wie folgt aussehen:

„Ich kann verstehen, dass Sie, Frau Müller, sich mehr Freiraum wünschen und finde auch die Überlegung der Gruppe sehr nachvollziehbar, dass nämlich eine weitere so intensive Unterstützung auch der Tochter von Frau Müller auf Dauer wenig helfen würde. Trotzdem gebe ich aber zu bedenken, dass bei Entzug dieser Hilfe eine mehr oder weniger vorübergehende Symptomverschlechterung, Erkrankungsrückfall bis hin zu einer Gefährdung der Tochter einkalkuliert werden muss. Was meint die Gruppe, was könnte Frau Müller unterstützen, wenn es so käme?"

Die düster scheinende Prognose folgt einerseits der klinischen Erfahrung in der Arbeit mit Familien: Wenn ein psychiatrisches Symptom eine systemstabilisierende Funktion erfüllt, muss damit gerechnet werden, dass bei einer plötzlichen Abgrenzungsbewegung der Symptomträger hinsichtlich der Symptomexposition zunächst mal „nachfasst". Dieser Symptom-Eskalation könnte man die Absicht zuschreiben, zeitnah zu überprüfen, wie ernsthaft und nachhaltig die anderen Familienmitglieder ihre Abgrenzungsbewegung wirklich betreiben wollen. Und andererseits ist es auch taktisch sinnvoll, sich bei einer geplanten familiären Veränderung schon früh die möglichen Risiken zu vergegenwärtigen um entsprechend vorsichtig die einzelnen Veränderungsschritte anzugehen. Damit könnte eine Familie auch vor zu plötzlichen Veränderungen geschützt werden, die dann ebenso unvermittelt wieder zurückgenommen werden. Die familiäre Interaktion könnte somit noch weniger berechenbar werden und mittelfristig so den „Symptomdruck" erhöhen, auf familiäre Struktur wirksam Kontrolle ausüben zu wollen.

Fazit

Folgende Schlussfolgerungen unserer obigen Arbeit liegen uns besonders am Herzen: Angebote für Angehörige seitens einer psychiatrischen Klinik stellen eine Fürsorge für Angehörige und damit indirekt eine verbesserte Nachsorge für unsere PatentInnen dar. Durch institutionalisierte Gruppenangebote wird das Gesprächs-Angebot für Angehörige qualitativ besser abgesichert und transparenter gemacht. In der Gruppenarbeit verdienen aggressive Gefühle der Angehörigen – auch auf die PatientInnen – eine besondere Aufmerksamkeit und Wertschätzung. Wir raten den PatientInnen weniger direktiv eine stärkere Abgrenzung zu den PatientInnen an, sondern wir warnen umgekehrt eher vor einer „Initialverschlechterung" nach erfolgter Abgrenzung und regen Angehörige an, sich auf diesen Fall vorzubereiten. Uns ist die Herausstellung des Patienten-wirksamen Nutzens dieses Angebotes auch daher wichtig, weil diese Gruppenarbeit, wie erwähnt, nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung refinanziert wird (weil sie keine direkt „am Patienten vollbrachte" Leistung darstellt). Wir danken daher dem Qualitätswillen unseres Arbeitgebers (Ev. Krankenhaus Bergisch Gladbach) diese Arbeit seit fast 20 Jahren zu unterstützen und werben auch für eine bessere finanzielle Absicherung und eine weitere Verbreitung solcher Gruppenangebote.

Abstract

A continual success of psychiatric treatment even seems to depend from co-working of the family members and whether they are confident to a convalescence. But how can we influence these emotions and attitudes of them?

Therefore we take reference to two different articles and concepts (published here in 4/2015) how the family members could be included in therapeutic work. Andreas Manteufel describes different roles, interests and question, family members have during the therapeutic process. He demands the continuous attention and reference to this from the psychiatric actives to the concerns of the family members.

Amanda Worral (psychiatric nurse in Alice Springs, Australia) describes a structured group work with parents of schizophrenic children. Here she seizes returning themes like shame, debt and fury and turns them to a concept of „new authorship for the own life". This disembogues in a process of „empowerment" for active use for the own and the patients concerns.

These concepts we confront our own practice of an open group for family members, which we offer since 2003. We focus here above all the special intertwining in the families. In the group work we difference worries and anxieties of the participants, but even we accompany the appearing of open conflicts. The family members will be substituted by clearing affects and by taking positions. In our attitude we are ready, to promote concrete steps to more autonomy, as well as to show esteem for the maintaining of near family care.

Literatur

Cordes, A. (2020). Mentalisieren: Anwendung der Theorie und Praxis in der Systemischen Paar- und Familientherapie. Systeme 34 (2), S. 179–190.

Cordes, A. (2011). Wer ist hier eigentlich der Patient? – Überlegungen zur Indikation und Durchführung von Familien- und Paartherapie innerhalb einer Tagesklinikbehandlung. In: Schultz-Venrath, U. Psychotherapien in Tageskliniken. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 167–183.

Cordes, A., Schultz-Venrath, U. (2015). Mentalisieren im System. Anwendungsbezogene Fragen in der mentalisierungsbasierten Paar- und Familientherapie. Familiendynamik 40 (2), S. 128–141.

Cordes, A. (2019). Soziale Orientierung und zwischenmenschliche Empathie neu lernen. Das Konzept des „Mentalisierens" hält Einzug in die Sozialpsychiatrie. Treffpunkte – Zeitschrift für Gemeindepsychiatrie in der Rhein-Main-Region 4/19, S. 9–11.

Diez Grieser, M.T. & Müller, R. (2018). Mentalisieren mit Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Fonagy, P., Bateman, A. (2004). Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta.

Manteufel, A. (2015). Die lieben Verwandten – Angehörigen-Arbeit in einem psychiatrischen Krankenhaus. ZSTB 33 (4), S. 147–151.

Kirsch, H. (2014). Das Mentalisierungskonzept in der Sozialen Arbeit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schultz-Venrath, U. (2013). Lehrbuch Mentalisieren. Psychotherapien wirksam gestalten. Stuttgart: Klett-Cotta.

Schultz-Venrath, U., Felsberger, H. (2016). Mentalisieren in Gruppen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Simon, F. B. , Rech-Simon, Chr. (2009). Zirkuläres Fragen. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

Wedekind, E. (2005). Orientierung in Systemen – Ein psychoanalytisch systemischer Wegweiser für professionelle Beziehungsarbeit. Berlin: Xenomoi.

Worral, A. (2015). Wenn Ihr Kind als schizophren diagnostiziert wurde. ZSTB 33 (4), S. 152–161.

Anschrift der VerfasserInnen

Ansgar Cordes
Beatrix Rey
Evangelisches Krankenhaus Bergisch Gladbach
Ferrenbergstr. 24
51465 Bergisch Gladbach
E-Mail: a.cordes@evk.de
E-Mail: beatrix@coaching-rey.de

Kurzbiografien

Ansgar Cordes, Sozialarbeiter , Familien- und Paartherapeut, arbeitet seit 1999 im Evangelischen Krankenhaus Bergisch Gladbach, Abteilung Psychiatrie als Sozial- und Familientherapeut. Nebenberuflich ist er auch als Supervisor (SG) und Dozent tätig.

Beatrix Rey ist seit 20 Jahren in einer Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik als Sozialtherapeutin tätig (Evangelisches Krankenhaus Bergisch Gladbach). Weiterbildungen: systemisches Coaching und systemische Therapie, darin teilselbständig in eigener und in Kooperation mit einer psychosomatischen Praxis. coaching-rey.de

Sehr geehrte Abonnentinnen, sehr geehrte Abonnenten,

seit über 10 Jahren konnten wir Ihren Preis für das Printabo trotz jährlich steigender Portokosten stabil halten. Da sich aber seit 2022 auch die Papierpreis-Spirale immer weiter dreht, sind wir leider gezwungen, unsere Abopreise zum 1.1.2023 anzupassen:

Privatkunden:

Abonnement print: Euro 37,00 inkl. Porto und Versand

Gleichzeitig bieten wir **Privatkunden** ab Januar 2023 auch ein rein **digitales Abonnement** an.
Das digitale Zeitschriftenarchiv ist hier mit enthalten.

NEU ab 1.1.2023: Abonnement digital + Archiv: Euro 33,00

Wenn Sie Ihr Abonnement auf diese Form umstellen wollen, teilen Sie uns dies bitte bis zum 15.11.22 per Mail mit an: info@verlag-modernes-lernen.de

(Für die Abwicklung ist Ihre Mailadresse unbedingt erforderlich!)

Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis!
Redaktion und Verlag