

Die Grauzone ausmalen

Therapeutische Möglichkeiten, sich in
psychisch stabilen Phasen auf psychisch
instabile Phasen vorzubereiten

Warum „Grauzone“?

- ▶ Im Leben psychisch kranker Menschen treten hin und wieder Situationen auf, in denen das **Recht auf Selbstbestimmung** mit den **Auswirkungen der psychischen Erkrankung** nur schwer vereinbart werden kann.

Warum „Grauzone“?

- ▶ Bei **akuter Selbst- oder Fremdgefährdung** ist gesetzlich vorgeschrieben, welche Maßnahmen zur Anwendung kommen. Das Recht auf Selbstbestimmung ist in diesen Situationen nachrangig.
- ▶ Andererseits werden **viele psychische Krisen selbstbestimmt bewältigt**: entweder aus eigener Kraft, mit der Hilfe von Freunden und Angehörigen oder durch aktive Inanspruchnahme professioneller Unterstützung.

Warum „Grauzone“?

- ▶ Dazwischen gibt es einen Bereich, in dem...
 - ▶ ...die **Urteils- und Einwilligungsfähigkeit vorübergehend und/oder teilweise eingeschränkt** sein kann
 - ▶ ...aus fachlicher Sicht ein **Behandlungs- und Betreuungsbedarf** besteht
 - ▶ ...aber (noch) **keine akute Selbst- oder Fremdgefährdung** vorliegt

Warum „Grauzone“?

- ▶ Für Situationen in dieser „Grauzone“ können Betroffene, Professionelle und Angehörige gemeinsam versuchen, sich vorab darüber zu verständigen, was in solchen Krisenphasen hilfreich und was nicht hilfreich sein kann
- ▶ Das Ziel einer solchen „Vorsorge“ ist der Erhalt **größtmöglicher Selbstbestimmung** bei **geringstmöglicher Schädigung** durch die Folgen der psychischen Erkrankung

Psychiatriegeschichte I

▶ **Paternalismus:**

- ▶ beschützende, fürsorgliche Haltung
- ▶ autoritative Haltung
- ▶ Definition und Sicherung des Wohlergehens, auch gegen den Willen von Betroffenen
- ▶ Übernahme von Entscheidungen
- ▶ Experten-Laien-Beziehung (J. Katz: „*history of silence*“)
- ▶ eher abhängigkeits-orientierte Hilfe (Status- und Machthierarchie, „Helfer“-Rollen, medizinischer Allmachtsglaube, biologische Störungsmodelle); Betroffene als Objekt

Psychiatriegeschichte II

▶ Partizipation:

- ▶ Betroffene sind „Experten aus Erfahrung“ und haben die Möglichkeit einer Wahl
- ▶ gemeinsame Willensbildung, Verantwortung und Entscheidungen auf Basis gemeinsam verfügbarer Informationen
(***Shared-Decision-Making-Model***)
- ▶ Förderung von Selbstbefähigung und Selbstermächtigung
(***Empowerment***)
- ▶ Biopsychosoziale Störungsmodelle
- ▶ eher autonomie-orientierte Hilfe („Hilfe zur Selbsthilfe“), Betroffene als Subjekt

Psychiatriegeschichte III

▶ **Rollenmodelle:**

- ▶ Paternalismus: aktive, verantwortliche Professionelle, passive Betroffene
- ▶ Shared-Decision-Making: aktive und verantwortliche Professionelle, aktive und verantwortliche Betroffene („Verhandeln statt Behandeln“)
- ▶ Informed Choice: passive Professionelle, aktive und verantwortliche Betroffene

Gemeinsame Entscheidungen I

▶ Psychologisch

- ▶ Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung (= Erwartung, aufgrund der eigenen Fähigkeiten bestimmte Handlungen erfolgreich ausführen zu können)
- ▶ Selbstzuschreibung (internale Attribuierung) positiver Erfahrungen bei der Bewältigung von Krisen
- ▶ Verringerung von Reaktanz, Entwicklung von Motivation
- ▶ Interaktion und Kommunikation, auch über den Umgang mit dem Nicht-Kommunizierbaren (Meta-Kommunikation): Beziehung
- ▶ Steigerung von Selbstkontrolle durch Vorwegnahme der Zukunft (z.B. „Stellvertretendes Ich“): Entwicklung von Kohärenzgefühl, Verringerung von Angst und Dis-Stress

Gemeinsame Entscheidungen II

▶ Psychiatrisch

- ▶ Erarbeitung von „Frühwarnzeichen“ und einer verbesserten Selbstwahrnehmung
- ▶ Verringerung von Zwangsmaßnahmen und Krankenhausaufnahmen durch individuelle Krisenbewältigung (Coping)
- ▶ Entwicklung von Compliance und Kooperation
- ▶ Hilfe für Helfer (Verfügbarkeit wichtiger Informationen, Kenntnis bedeutsamer Erfahrungen, Umgang mit Entscheidungsdilemmata)
- ▶ Sicherheit und Struktur in einer Krisensituation auch durch Ablehnung bestimmter Interventionen („say-no“)
- ▶ nur selten komplette Ablehnung von Behandlungsmaßnahmen
→ Bunn et al., 1997: 87% Entscheidung für Weiterführung der Pharmakotherapie bei schizophrenen Patienten

Gemeinsame Entscheidungen III

▶ Systemisch

- ▶ „ökologische Wahrnehmung“ (Multiperspektivität) durch Einbeziehung des Umfelds, z.B. bei der Identifizierung wichtiger Einflußfaktoren (z.B. Wohnsituation, Haustiere) oder hilfreicher und weniger hilfreicher Menschen
- ▶ Entlastung von Betroffenen und Bezugspersonen durch...
 - ▶ ...Offenlegung von Erwartungen und Möglichkeiten
 - ▶ ...eindeutige Aufgabenverteilung
- ▶ Veränderung der sozialen Wahrnehmung
- ▶ Fokus auf **Salutogenese** und **Recovery** (= „Prozeß der Auseinandersetzung mit einer Erkrankung, um trotz dieser Erkrankung ein zufriedenes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen“, nach *Knuf*, 2003)

Autonomie	←	Shared-Decision	→	Paternalismus
Psychiatrisches Testament	Vorausverfügungen (<i>Psychiatric Advance Directives - PAD</i>)	Behandlungs-/ Betreuungs- vereinbarung	<i>Informed Consent</i>	Behandlungsvertrag
Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten	Krisenpässe	Krisenpläne (<i>Joint-Crisis-Plans</i>)		freiheitsentziehende Maßnahmen
Selbsthilfebögen (<i>Ulysses Contracts</i>)				
Selbstverpflichtungen		Non-Suizid-Pakt		
Handlungsvereinbarungen		Regeln		
betroffenen-kontrollierte Angebote		trialogisch kontrollierte Angebote	institutionen-kontrollierte Angebote unter Einbezug Betroffener	institutionen-kontrollierte Angebote

nach: Borbé et al.: Behandlungsvereinbarungen in der Psychiatrie; Psychiatr. Praxis. 2009; 36; 7-15

Situation in Deutschland I

▶ Borbé et al. (2012): Umfrage bei n=170 Kliniken

▶ Erfahrungen

▶ Vorsorgevollmacht	62%
▶ Krisenplan	52%
▶ Krisenpass	31%
▶ Psychiatrisches Testament	5 %
▶ andere Instrumente	33 %

▶ Häufigkeit der Anwendung

- ▶ je Klinik 2,7 Mal im Jahr (Median)

Situation in Deutschland II

▶ Hindernisse

- | | |
|--|--------|
| ▶ mangelnde Nachfrage | 72.7% |
| ▶ im klinischen Alltag nicht umsetzbar | 43.6% |
| ▶ keine Nachfrage durch Klinik | 41.8% |
| ▶ bürokrat/organisat. Mehraufwand | 38.2 % |
| ▶ andere Instrumente | 38.2% |
| ▶ ärztlich/therapeutischer Mehraufwand | 27.3% |
| ▶ Verbindlichkeit für Therapeuten | 23.6% |
| ▶ Widerspruch zu Zwangsmaßnahmen | 23.6% |

Krisenpässe und Krisenpläne I

▶ **Krisenpässe**

- ▶ sind eine einseitige Erklärung psychiatrieerfahrener Menschen
- ▶ wurden in Deutschland erstmals Mitte der 1990er Jahre angewendet (Münchner Psychiatrie-Erfahrene e.V.)

▶ **Krisenpläne**

- ▶ werden von Nutzern, Angehörigen und Professionellen gemeinsam erarbeitet
- ▶ wurden erstmals 1994 im Evangelischen Krankenhaus in Bielefeld eingeführt („Bielefelder Behandlungsvereinbarung“)

Krisenpässe und Krisenpläne II

► Funktionen

- Verfügbarkeit wichtiger Informationen (Medikation, Diagnose, Ansprechpartner - Angehörige, Wohnbetreuer, niedergelassene Ärzte/Therapeuten, gesetzliche Betreuer - , Allergien, körperliche Erkrankungen, Versorgung von Kindern oder Haustieren, bestehende Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten)
- Kommunikation wichtiger Vorerfahrungen und Wünsche (Medikamente, Coping-Strategien, hilfreiche/nicht-hilfreiche Verhaltensweisen und Kontakte, Umgang mit Zwangsmaßnahmen)
- Vermeidung unangemessener Reaktionen durch Helfer

Krisenpässe und Krisenpläne III

▶ Besonderheiten

- ▶ Einträge über die Medikation sollten gemeinsam mit dem behandelnden Arzt vorgenommen und durch Stempel und Unterschrift bestätigt werden.
- ▶ Krisenpässe gelten institutionen-übergreifend und sind – anders als Krisenpläne – nicht auf eine spezielle Einrichtung abgestimmt.

Krisenpässe und Krisenpläne IV

Datum:	Diagnose(n):	Datum:	Medikation & Dosis:	Datum:	Medikation & Dosis:
Möglichst Praxisstempel, Unterschrift des Arztes		Möglichst Praxisstempel, Unterschrift des Arztes		Möglichst Praxisstempel, Unterschrift des Arztes	
<p>Es existieren:</p> <input type="checkbox"/> Vorsorgebevollmächtigter <input type="checkbox"/> Gesetzlicher Betreuer <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung <input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Behandlungsvereinbarung					
Handy und Adresse nicht vergessen					
<p>In einer schweren psychischen Krise ist für mich erfahrungsgemäß hilfreich: Wie sollten sich die Fachleute verhalten, was hilft zur Beruhigung, Notfall-Medikation...</p> <p>Manie</p>		<p>Folgendes auf keinen Fall tun: Wodurch verstärkt sich die Symptomatik, wodurch wird die Beziehung zu Profis erschwert, welche Medikamente nicht...</p>		<p>Folgende Vertrauensperson(en) sollen im Krisenfall benachrichtigt werden: 1)</p>	
<p>Depression</p>		<p>Weitere wichtige Informationen: z.B. Kinder- oder Haustierversorgung, andere Verpflichtungen, weitere Erkrankungen, Allergien...</p>		<p>2)</p>	
Hrsg: bipolaris e. V., Jeverstr. 9, 12157 Berlin Version 1.6, 10/2011					

Krisenpass

Für Menschen, die ein erhöhtes Risiko haben, schwere psychische Krisen zu erleben

Die Anweisungen in diesem Pass sind bei meiner Behandlung unbedingt zu beachten!

Name _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefon _____

Datum, Unterschrift

bipolaris Manie & Depression Selbsthilfvereinigung Berlin-Brandenburg e. V.
www.bipolaris.de - bipolaris@bipolaris.de

Möglichst Praxisstempel, Unterschrift des Arztes

Krisenpässe und Krisenpläne V

- ▶ **Forschungsergebnisse (Krisenpläne/JCPs)**
 - ▶ Sutherby et al. (1999); Henderson et al. (2004): **Verringerung von Zwangsmaßnahmen** um 50%, gesteigerte Werte für die subjektive **Wahrnehmung von Partizipation, Kontrolle und Zufriedenheit**; höhere **Kosteneffizienz**, aber **kaum Reduzierung der Zahl und Dauer stationärer Behandlungen**
 - ▶ CRIMSON-Protocol/Thornicroft et al. (2013): **mäßige Verbesserung der therapeutischen Beziehung** (Respekt, Verständnis), aber **keine signifikanten Unterschiede** zwischen Interventions- und Kontrollgruppe **hinsichtlich der Anwendung von Zwangsmaßnahmen, Dauer und Zahl stationärer Behandlungen** → möglicherweise beeinflusst durch Art der Implementierung und geringe Akzeptanz seitens der Behandler

Krisenpässe und Krisenpläne VI

▶ **Forschungsergebnisse** (Krisenpläne/JCPs)

- ▶ Henderson et al. (2007): **hohe Akzeptanz** bei Nutzern und Professionellen (Case-Managers) über 15 Monate, mehr **wahrgenommene Kontrolle** über Behandlung und Betreuung, aber: nur **eingeschränkte Anwendung** und **unterschiedliche Auslegung** der konkreten Inhalte durch Nutzer und Behandler
- ▶ Borschmann et al. (2013): **hohe Akzeptanz** bei Menschen mit Borderline-PST, aber **keine klinischen Effekte** hinsichtlich SVV, depressivem Erleben, Angst, Lebensqualität, Wohlbefinden, Engagement und Kosteneffizienz → aber: methodische Probleme, keine Einbettung des Krisenplans in die Gesamtbehandlung

Selbsthilfebögen I

- ▶ dienen vorrangig der „**Kommunikation mit dem Selbst**“, nicht der Kommunikation mit Institutionen, können aber von Betroffenen, Angehörigen und Professionellen gemeinsam erarbeitet werden
- ▶ Inanspruchnahme professioneller Hilfe kann Teil von Selbsthilfebögen sein
- ▶ in der Praxis **zahlreiche Varianten** für verschiedene Formen psychischer Störungen → im Internet v.a. auf Seiten von Selbsthilfevereinigungen (v.a. Stimmenhörer, Borderline-PST)
- ▶ auch Formulare wie die „**Liste angenehmer Aktivitäten**“ oder „**Checklisten für Arzttermine**“ können als Selbsthilfeeinstrument genutzt werden
- ▶ Verbindung zum Recovery-Ansatz → **Identitätsbildung**

Selbsthilfebögen II

- ▶ **Fragen zu krisenfreien Zeiten** (nach: Andreas Knuf, Selbsthilfebogen für Menschen mit Borderline-Erleben)
 - ▶ Wie und woran erkenne ich, dass es mir gut geht?
 - ▶ Wie gelingt es mir normalerweise, dass es mir gut geht? Was davon könnte auch hilfreich sein, wenn es mir nicht gut geht?
 - ▶ Was ist für mich eher angenehm, was eher unangenehm?
 - ▶ Was brauche ich unbedingt, damit es mir gut geht?
 - ▶ Was müßte ich tun, damit es mir sofort schlechter geht?
 - ▶ Wovon darf ich nicht zu viel tun?
 - ▶ Wovon darf ich nicht zu wenig tun?

Selbsthilfebögen III

▶ Fragen zu Belastungen

- ▶ Was sind frühe Anzeichen für Belastungen/Überforderungen?
- ▶ Was sind spätere Anzeichen für Belastungen/Überforderungen?
- ▶ Welche Faktoren belasten mich kurzzeitig?
- ▶ Welche Faktoren belasten mich überdauernd?
- ▶ Welche Faktoren sind besonders schwerwiegend?
- ▶ Was kann ich wie tun, um belastende Situationen zu vermeiden?
- ▶ Was kann ich wie tun, wenn ich belastende Situationen nicht vermeiden kann?
- ▶ Was kann ich nach belastenden Situationen tun?

Selbsthilfebögen IV

- ▶ **Fragen zum Umgang mit Symptomen**
 - ▶ Was hat früher geholfen?
 - ▶ Was hat sich nicht bewährt?
 - ▶ Was kann ich wie tun, um mit Anspannung/Wut/Angst/Dissoziationen/Suizidgedanken/Selbstverletzungsimpulsen umzugehen?
 - ▶ Von welchen hilfreichen Strategien haben mir andere Menschen berichtet? Was davon würde ich gerne ausprobieren?
 - ▶ Was nehme ich mir für akute Krisensituationen vor? (ggfs. als Selbstverpflichtung)

Selbsthilfebögen V

► Fragen zu Absprachen

- An wen kann ich mich wenden, wenn es mir schlecht geht?
- Welches Verhalten meiner Umgebung ist bei welchen Symptomen hilfreich und sinnvoll, welches Verhalten nicht?
- Mit wem sollte ich Vorabsprachen für Krisensituationen treffen?
- Was sollte ich demnächst mit einem Professionellen besprechen?
- Was kann unternommen werden, um eine Klinikaufnahme zu vermeiden?
- Wer kann mich wie unterstützen, wenn eine Aufnahme unvermeidlich ist?
- Welche Behandlung wünsche ich mir (Krankenhaus, Mitarbeiter, Therapien)?
- Was oder wer tut mir in Krisen gut, was oder wer nicht?

Selbsthilfebögen VI

► Besonderheiten

- Auswertung und Aktualisierung in regelmäßigen Abständen
- Kombination mit anderen Therapieelementen möglich (z.B. persönlicher Notfallkoffer, Hope-Kit, Skills, Krisenpässen)
- Krisenintervention bei Menschen mit Borderline-PST mit Fokus auf Nutzung von Selbsthilfeeinstrumenten anstatt auf spannungsauslösender Situation

Non-Suizid-Verträge I

- ▶ In der Fachliteratur erstmals 1973 erwähnt (*Drye*)
- ▶ Therapeutischer Aspekt (akut und prophylaktisch)
- ▶ Diagnostischer Aspekt („Ich kann/will...“, „Ich kann nicht...“, „Ich will nicht...“)
- ▶ Wirksamkeit durch Studien nicht sicher belegt, aber: Problematik, ein geeignetes Untersuchungsdesign zu entwickeln
- ▶ geringe juristische, aber möglicherweise hohe therapeutische Bindung
- ▶ Hintergrund: die Mehrzahl der Menschen, die einen vollendeten Suizid begehen, hatten zuvor Kontakt zu Hilfesystemen (Luoma, J.B. et al., Am. J. Psychiatry 2002; 159)

Non-Suizid-Verträge II

▶ Erwünschte Funktionen

- ▶ **Reduzierung von Angst** beim Betroffenen *und* beim Helfer
- ▶ Wiedergewinnung von **Eigenverantwortung**, positiver **Aktivität** und **Kontrolle** (u.a. durch Verbalisierung) in einer Grenzsituation
- ▶ Definition realistischer **Ziele** und Erarbeitung von Mitteln zur **Zielerreichung**
- ▶ Die formale Struktur des Vertrags erleichtert die **Enttabuisierung**
- ▶ Mittel des **Zeitgewinns**
- ▶ Ausdruck gegenseitiger **Akzeptanz**
- ▶ **Symbol** zwischenmenschlicher Interaktion: Ausdruck von **Sorge** auf Seiten des Helfers ermöglicht **Bindung**

Non-Suizid-Verträge III

▶ Vorgehen

- ▶ Aufbau einer therapeutischen Beziehung mit dem Ziel, eine Vertrauensbasis zu entwickeln
- ▶ Im Gespräch Einschätzung des Suizidrisikos nach den gängigen Kriterien, Prüfung der Übereinstimmung von Worten und Körpersprache
- ▶ Offene Information über den Zweck des Vertrages, Klärung von Fragen und Vorbehalten; Verwendung klientenzentrierter, verständlicher Sprache

Non-Suizid-Verträge IV

▶ Vorgehen

- ▶ Gemeinsame Anfertigung eines individuellen Vertragstextes (keine Standardvorlagen verwenden!)
- ▶ Ggfs. Einbeziehung weiterer Beteiligter (Freunde, Angehörige, andere Institutionen)
- ▶ Festlegung der Geltungsdauer (i.d.R. bis zum nächsten Kontakt mit dem Hilfesystem) sowie ggfs. konkreter Coping-Strategien
- ▶ Genaue Klärung von Ablehnungsgründen, u.U. Angebot eines mündlichen Versprechens oder eines Selbstversprechens unter Zeugenschaft des Helfers

Non-Suizid-Verträge V

▶ Besonderheiten

- ▶ Möglichkeit, den Non-Suizid-Vertrag ständig bei sich zu führen (ggfs. als konkrete Absprache)
- ▶ Sämtliche Beteiligten erhalten ein Exemplar des Vertrages
- ▶ Kontraindikationen sind...
 - ▶ psychotische Erkrankungen (hierzu auch andere Meinungen in der Literatur) sowie Drogen- und Alkoholeinfluß
 - ▶ Eindruck (auch: „Gefühl“) einer unzureichenden Absprachefähigkeit und einer fortbestehenden akuten Selbstgefährdung

Non-Suizid-Verträge VI

▶ **Beispieltext** (Dorrmann, 2002)

- ▶ „Ich werde bis zur nächsten Sitzung am ... am Leben bleiben und mein Leben auch nicht unabsichtlich in Gefahr bringen, egal, was passiert, und egal, wie ich mich fühle. [In dieser Zeit werde ich die Möglichkeiten nutzen, die mir helfen, bei einer Entscheidung für oder gegen mein Leben weiterzukommen. Wenn ich sicher bin, dass ich alle Möglichkeiten, am Leben zu bleiben und mich von einer Selbsttötung abzuhalten, ausgeschöpft habe, dann habe ich das Recht, meinen Therapeuten ... anzurufen und um einen Termin zu bitten. Der Therapeut verpflichtet sich, diesen Termin spätestens am darauf folgenden Werktag einzurichten.]“

Non-Suizid-Verträge VII

▶ Weitere Beispieltexte

- ▶ Kutter-Vogt, C.: Die Effektivität von Nicht-Suizid-Verträgen (Diss.). Würzburg (2006)

Voraussetzungen I

- ▶ Vereinbarungen werden in krisenfreien Phasen bzw. in Phasen relativer Symptomarmut (***cool moment***) getroffen (abweichend: Non-Suizid-Verträge)
- ▶ Kritische und **trialogische Reflexion** von Rollen und Rollenstereotypen; Fortbildungen
- ▶ Entwicklung **gemeindepsychiatrischer Verbände** unter Einbeziehung sämtlicher an der Versorgung beteiligter Institutionen
- ▶ Gleichberechtigte Gewichtung krisenfreier (eher „kompetenter“) und krisenhafter (eher „inkompetenter“) Phasen mit dem Ziel, einen integrativen und identitätsstiftenden **Lebenszusammenhang** zu entwickeln

Voraussetzungen II

- ▶ **Behandler/Betreuer** haben die Aufgabe...
 - ▶ ...die Möglichkeit einer Wahl zu kommunizieren
 - ▶ ...sämtliche relevanten Fachinformationen zur Verfügung zu stellen („Entscheidungshilfen“) und ihre Verständlichkeit zu prüfen
 - ▶ ...die aktuelle Situation und mögliche Folgen einzuschätzen sowie bedeutsame Werte und Einstellungen des Klienten herauszufinden
 - ▶ ...Behandlungs-/Betreuungsoptionen offen und kreativ zu diskutieren

Voraussetzungen III

- ▶ **Klienten/Patienten** haben die Aufgabe...
 - ▶ ...eine Wahl zu treffen
 - ▶ ...relevante persönliche Informationen zu kommunizieren sowie erhaltene Informationen aufzunehmen und zu verstehen
 - ▶ ...zumindest indirekt „Krankheitseinsicht“ zu zeigen
 - ▶ ...Behandlungs-/Betreuungsoptionen offen und kreativ zu diskutieren

Nach: Grisso, T. & Appelbaum, P.S., 1998

Voraussetzungen IV

- ▶ Entwicklung einer tragfähigen **therapeutischen Beziehung** durch klientenzentrierte Fragen, transparente Informationsweitergabe, Ausdruck von Empathie und aktive Beteiligung
 - ➔ Wahrnehmung der therapeutischen Beziehung durch Nutzer sagt Therapieergebnis bei schizophrenen Menschen besser voraus als die Wahrnehmung der Beziehung durch Behandler (Horvath, A. & Simmons, B.D. 1991)
 - ➔ „Patientenzufriedenheit“ korreliert höher mit wahrgenommener „Wärme“ und „Freundlichkeit“ als mit partizipativer Patientenrolle (Mead, N. & Bower, P., 2002)
 - ➔ positive Verstärkung zwischen Qualität der therapeutischen Beziehung und der Effizienz von Vereinbarungen

Voraussetzungen V

- ▶ Ein **semi-strukturiertes Vorgehen** erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Krisenpläne von Betroffenen angewendet werden (Beisecker, A.E. & Beisecker, T.D., 1990) → Erarbeitung außerhalb der Alltagsroutine
- ▶ Instrumente der Vorausplanung sollten aus dem Helferfeld **aktiv angeboten** werden
- ▶ **Fokussierung** auf individuelle Problembereiche
- ▶ Prozessgedanke: regelmäßige **Aktualisierung**, **Konkretisierung** und **Evaluation**, insbesondere bei Nicht-Befolgung von Vereinbarungen oder unterschiedlicher Interpretation in Krisensituationen (Vagheit)
- ▶ Dokumentation, Supervision, Teamabsprachen

Hindernisse

- ▶ Hohe Identifikation mit einer eher passiven Patientenrolle (Angstreduktion) bzw. einer eher aktiven Therapeutenrolle; wechselseitige Stereotype
- ▶ Wissensdefizite bei Behandlern und Betreuern
- ▶ Uneindeutige Studienergebnisse
- ▶ Fehlende zeitliche und personelle Kapazitäten
- ▶ Menschenbild einer vorwiegend biologisch ausgerichteten Psychiatrie
- ▶ Diskrepanz zwischen den Erwartungen von Klienten und der Versorgungsrealität
- ▶ Unzureichende Kooperation zwischen relevanten Institutionen (z.B. Krankenhaus - Betreutes Wohnen)

Warum Selbstbestimmung? I

- ▶ Feldexperiment Langer & Rodin (Journal of Personality and Social Psychology, 1976, Vol. 34, No. 2, 191-198)
 - ▶ Modern ausgestattetes Pflegeheim, Connecticut, USA
 - ▶ Treatmentgruppe: Bewohner der 4. Etage (n=47)
 - ▶ Vergleichsgruppe: Bewohner der 2. Etage (n=44)
 - ▶ Altersspanne: 65 – 90 Jahre

Warum Selbstbestimmung? II

▶ Treatmentgruppe

- ▶ Ansprache des Heimleiters
- ▶ Aufforderung, eigenverantwortliche Entscheidungen in Alltagsbelangen zu treffen, z.B. über Zimmereinrichtung, Beschäftigungen, Besuch
- ▶ Aufforderung, aktiv Kritik zu äußern und Änderungsvorschläge zu machen
- ▶ Präsentation von Geschenken (Topfpflanzen) mit der Aufforderung, über die Annahme des Geschenks zu entscheiden, ggfs. eine Pflanze auszuwählen und sich um die Pflege der Pflanze zu kümmern
- ▶ Information über 2 Filmabende in der folgenden Woche mit der Aufforderung, über die Teilnahme zu entscheiden und einen Abend auszuwählen

Warum Selbstbestimmung? III

▶ Vergleichsgruppe

- ▶ Ansprache des Heimleiters
- ▶ Mitteilung über Maßnahmen des Personals, um das Wohlbefinden der Bewohner zu steigern
- ▶ Mitteilung über die Erlaubnis, andere Bewohner zu besuchen oder Besuch zu empfangen
- ▶ Information über die Möglichkeit, Kritik zu äußern
- ▶ Verteilung von Geschenken (Topfpflanzen) ohne die Möglichkeit der Ablehnung oder der Auswahl; Mitteilung, dass sich das Personal um die Pflanzen kümmern würde
- ▶ Information über Filmabende und zeitnahe Bekanntgabe der Gruppeneinteilung für den einen oder anderen Abend

Warum Selbstbestimmung? IV

▶ **Ergebnisse** (nach 3 Wochen, n=52)

▶ Selbstratings:

- ▶ höhere Zufriedenheit
- ▶ höhere Aktivität, gesteigerte Aufmerksamkeit
- ▶ keine veränderten Kontrollüberzeugungen

▶ Fremdratings:

- ▶ Mehr Besuche bei anderen Bewohnern und externen Personen
- ▶ Mehr aktive Gespräche mit dem Personal, weniger passive Beobachtung des Personal
- ▶ Signifikante Post-Treatment-Verbesserung der Treatmentgruppe (Total Change 3.97 gegenüber – 2.37 der Vergleichsgruppe; $t=5.18$, $p < .005$)

Warum Selbstbestimmung? V

▶ **Ergebnisse** (18-Monate-Follow-Up)

- ▶ mehr Interesse an der Umgebung, gesteigerte Kontaktfreudigkeit
- ▶ Höhere Selbstständigkeit, höhere Aktivität
- ▶ Signifikante Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes, auch gegenüber Vergleichs- und Kontrollgruppe: $F(2,40) = 3,73, p < .05$
- ▶ Vermehrt Äußerungen zu autonomie-bezogenen Themen
- ▶ Mortalität:
 - ▶ Interventionsgruppe: 15%
 - ▶ Vergleichsgruppe: 30%
 - ▶ Korrelation mit psychologischen, aber nicht mit medizinischen Fremdratings (aber: keine kausale Interpretation möglich!)

**„Hilf dir selbst,
sonst hilft dir
ein Sozialarbeiter!“**