

Edition 2019 · 1
Gute Angehörigenarbeit



ich · du · wir

Ein Magazin für psychiatrisch Tätige



Liebe Leserin, lieber Leser

Das Netzwerk Angehörigenarbeit freut sich, Ihnen die dritte Ausgabe des Magazins „ich-du-wir“ vorzulegen. Das Magazin stösst auf grosses Interesse. Das Format, die Erscheinungsfrequenz und die Themen scheinen zu passen, auch das freut uns ausserordentlich. Aufgrund der positiven Rückmeldungen wagen wir uns in der dritten Ausgabe an ein nicht ganz einfaches Thema. Zum einen ist es natürlich das Hauptthema unseres Vereins, zum anderen ist es aber auch – und das ist uns durchaus sehr bewusst – ein Thema, bei dem viele Menschen in unterschiedlichen Rollen mitreden. Gute Angehörigenarbeit! Was ist das? Gibt es überhaupt eine eindeutige Definition dafür? Grundsätzlich können wir sagen, dass ein wichtiger Gradmesser für gute Angehörigenarbeit natürlich die Zufriedenheit der Angehörigen ist. Und das ist für uns vom Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie der Massstab, mit dem wir arbeiten. Angehörige, die mit dem Versorgungssystem Psychiatrie zufrieden sind, sich verstanden fühlen und ernst genommen werden, sind die zuverlässigsten Therapiebegleiter in einer psychiatrischen Behandlung. Den Weg miteinander und nicht gegen einander zu gehen, ist für uns vom Netzwerk zwingend. So tragen für diese Ausgabe auch unterschiedliche Personen

etwas bei zum Thema: die Sicht einer Angehörigen, Danke Franca. Thomas Lampert berichtet über günstige Kompetenzen von Fachpersonen in der Mehrpersonenarbeit und in meinem Artikel „gute Angehörigenarbeit“ möchte ich die Gratwanderung in der Thematik und wie wir diese meistern können, aufzeigen. Angehörigenarbeit bedeutet nicht in allen psychiatrischen Institutionen genau dasselbe. Wir geben Ihnen gerne einen Einblick in verschiedene Institutionen. Und – was uns ganz wichtig ist - die Anzahl der individuellen Beratungsangebote für Angehörige ist in den letzten Jahren beachtlich gestiegen. Wir möchten Ihnen gerne die neusten Angebote vorstellen.

Ich wünsche Ihnen eine kurzweilige Lektüre und grüsse Sie herzlich.

Edith Scherer
Aktuarin NAP
Psychiatrie St. Gallen Nord



Gute Angehörigenarbeit

Von Edith Scherer

Menschen mit einer psychischen Erkrankung haben Angehörige. Zum Glück. Diese Angehörigen gehen in der psychiatrischen Institution ein und aus. Täglich haben wir sie am Telefon, sie schicken uns eine Mail oder sie stehen an der Stationstüre. Sie haben Fragen, auf die sie eine Antwort wollen; sie haben Informationen, die sie uns mitteilen wollen; Sie wissen, was gut ist für den Betroffenen; sie wollen mitreden bei der Therapie, sie wollen die Psychiatrie verstehen und sie wollen vor allem eins: Ernst genommen werden.

Jeder einzelne Punkt ist weder verwerflich noch können wir sagen, dass wir anders handeln würden, wenn wir in der Rolle der Angehörigen wären. Angehörige sind – wenn wir ihnen in der Institution zum ersten mal begegnen – immer hoch belastet, in unglaublicher Sorge, oft seit Monaten bis Jahren angespannt und eingesperrt, mehrheitlich allein mit ihren Sorgen, können mit niemandem reden und haben Angst vor Stigmatisierung, Schuldzuweisung, was oft eine soziale Isolation zur Folge hat. Viele Angehörige, die ich in der Beratung kennenlerne, waren schon seit ewiger Zeit nicht mehr in den Ferien, haben nicht selten den Glauben in ihr eigenes Handeln verloren und dass sie in Ruhe schlafen können, ist eine Seltenheit. Diese Tatsache macht den Umgang mit den Angehörigen nicht einfacher, doch wenn wir uns dieser Verletzlichkeit der Angehörigen bewusst sind, haben wir schon viel zum gegenseitigen Vertrauen beigetragen. Schon 2006 fanden Gavois, Paullson und Fridl in einer Studie zu den emotionalen Belastungen von Angehörigen heraus, dass die Zufriedenheit mit der Versorgung für die Angehörigen mitentscheidend ist.

Und jetzt kommen wir Fachpersonen ins Spiel: Zufriedene Angehörige, was ist das und wer definiert das? Wir vom Netzwerk Angehörigenarbeit gehen davon aus, dass in erster Linie Angehörige gute Angehörigenarbeit definieren. Wir haben auf Grundlage der Leipziger Angehörigenstudie von 2001 eine Empfehlung für gute Angehörigenarbeit in der Institution erarbeitet. Verankerung der Angehörigenarbeit, Kompetenzen der Mitarbeitenden, Zusammenarbeit mit – und Information von Angehörigen werden als Hauptthemen in diesem Qualitätsstandard beschrieben. Sie gelten für die Psychiatrie als Grundlage für „gute Angehörigenarbeit“.

»Unser Alltag in der Psychiatrie mit den Angehörigen lebt von Beziehungen und von Begegnungen, von kurzen Momenten, häufig ungeplant, spontan, eben zwischen Tür und Angel. Und wie wir diese alltäglichen Begegnungen gestalten, ist mitentscheidend, ob sich Angehörige in der Psychiatrie verstanden und abgeholt fühlen.«



Unser Alltag in der Psychiatrie mit den Angehörigen lebt von Beziehungen und von Begegnungen, von kurzen Momenten, häufig ungeplant, spontan, eben zwischen Tür und Angel. Und wie wir diese alltäglichen Begegnungen gestalten, ist mitentscheidend, ob sich Angehörige in der Psychiatrie verstanden und abgeholt fühlen. Eine wertschätzende Grundhaltung, Wissen um die Belastungen von Angehörigen, kann hier schon sehr hilfreich sein.

Wir begegnen in unserem Alltag einer breiten „Palette“ von Angehörigen. Da sind die Angehörigen, die uns 100 Franken in die Kaffeekasse legen und zum Abschluss der Behandlung Pralinen bringen – da sind aber auch die Angehörigen, die unsere Fachkompetenz in Frage stellen, sich beschweren und keine Pralinen verschenken, weil wir – aus welchen Gründen auch immer – ihre Erwartungen nicht erfüllen. Und Hand aufs Herz, diesen Spagat machen wir täglich, manchmal im Halbstundentakt, obschon wir ja grundsätzlich einfach nach unseren Vorstellungen einer fortschrittlichen Psychiatrie arbeiten.

Ich möchte Ihnen ein kurzes Beispiel erzählen: ein Morgen auf der Angehörigenberatung. Um 8 Uhr kommt Herr M., seine Partnerin ist seit drei Monaten bei uns in Behandlung auf der Gerontopsychiatrie. Das Gespräch dreht sich um seinen Umgang mit krankheitsbedingten Einschränkungen seiner Frau. Er möchte wissen, wie er sich verhalten soll, wenn seine Ehefrau in einer ausgeprägten Negativsymptomatik die Therapie und die Fachpersonen infrage stellt. Herr M. ist sehr froh, dass seine Partnerin bei uns ist und er ist mit der Behandlung sehr zufrieden.

Um 10 Uhr kommt Frau S. Ihr Sohn ist seit zwei Wochen bei uns auf der Akutpsychiatrie hospitalisiert und wurde via FU eingewiesen. Psychose. Die Psychose ist abgeklungen, der Sohn will nach Hause und Frau S. möchte dies auf gar keinen Fall. Sie erwartet von uns, dass wir ihren Sohn weiterhin gegen seinen Willen bei uns behalten.

Wenn ich nun beide – den Partner und die Mutter – nach fünf Kriterien für gute Angehörigenarbeit frage, dann werden diese in der Haltung übereinstimmen, die anderen Punkte könnten wahrscheinlich unterschiedlicher nicht sein. Diese beiden Beispiele stehen stellvertretend für alle Beispiele in jeder beliebigen psychiatrischen Institution.

Angehörige haben sehr unterschiedliche Erwartungen an uns Fachpersonen. Das meine ich überhaupt nicht wertend, das ist einfach eine Tatsache. Und dieser Spagat, das ist unsere Herausforderung im Umgang mit



den Angehörigen. Dieses Spannungsfeld gehört in unseren Alltag, dafür sind wir die Profis. Und wie wir mit diesem Spannungsfeld umgehen, ist mitentscheidend, ob Angehörige mit unserer Arbeit zufrieden sind oder nicht. Abgrenzung und, oder Instrumentalisierung ist dabei nicht zielführend. Nun kann man sagen, unser Kerngeschäft sind die Patientinnen und Patienten, das ist so und soll auch dringend so sein. Und doch kommen wir um die Angehörigen nicht herum. Es ist eine Tatsache, dass Angehörige eine wichtige Rolle spielen, wenn es darum geht, sich auf eine Therapie einzulassen. Aus diesem Grund scheint es mir von grosser Wichtigkeit, dass Angehörige unsere Arbeit verstehen. Dafür müssen wir unsere Arbeit den Angehörigen erklären. Und dies in Ruhe und mit der nötigen Wertschätzung im Wissen darum, dass die Angehörigen die vor uns stehen, verletzlich und hoch belastet sind. Wenn wir dieses Gespräch nicht anbieten, nehmen wir den Angehörigen nur schon die Chance, die Psychiatrie zu verstehen. Und wir geben ihnen nicht das Gefühl, dass wir sie ernst nehmen.

»Wenn Angehörige nur schon Informationen über Zuständigkeiten und Erreichbarkeiten haben, ist das sehr hilfreich.«

Meine Erfahrung zeigt mir, dass wir gut daran tun, die Angehörigen nach Ihren Erwartungen an uns zu fragen. Das sind in der Tat manchmal Erwartungen, die wir nicht erfüllen können. Das müssen die Angehörigen wissen. Wir sollten nicht müde werden, zu erklären, was die Psychiatrie kann und was sie eben nicht kann. Wir tun dies zum einen für das Image der Institution und zum anderen für das ganze Fachgebiet Psychiatrie. Wenn Angehörige nur schon Informationen über Zuständigkeiten und Erreichbarkeiten haben, ist das sehr hilfreich. Wenn wir sie – wenn immer möglich und sinnvoll – in die Behandlung einbeziehen, fühlen sie sich ernst genommen. Wenn es weder möglich noch sinnvoll ist, die Angehörigen in die Behandlung einzu-

beziehen – auch das gibt es in der Psychiatrie – dann sollten wir nicht versäumen, das den Angehörigen zu erklären. Wir haben ja für alles, was wir in unserer Arbeit tun, eine fachliche Erklärung. Es ist hilfreich, diese auch zu kommunizieren, das kann dem gegenseitigen Verständnis helfen. Das ist keine Garantie dafür, dass die Angehörigen das verstehen, geschweige denn gut finden, aber die Alternative – keine Gesprächsbereitschaft – ist die viel schlechtere Variante.

Noch einmal kurz zum Beispiel: Frau S. muss wissen, wieso wir ihren Sohn in der aktuellen Situation nicht gegen seinen Willen in der Psychiatrie behalten können. Und wir sollten das ihr in einem ruhigen, freundlichen und wertschätzenden Umfeld vermitteln können. Dabei sollten wir als Erstes ihre Belastungen validieren, grundsätzlich ihre Erwartungen an uns verstehen und dann in einem zweiten Schritt erklären, was wir tun können und was eben nicht. Wenn wir ihr dazu auch noch weiterführende Adressen und Informationsmaterial abgeben können, ihr mitteilen können, wohin sie sich in der Not wenden kann, haben wir gut gearbeitet! Das mag trivial tönen, trotzdem geht es im psychiatrischen Alltag nicht selten unter. Hilfreich kann sein, wenn wir uns im interdisziplinären Stationsteam die Angehörigen immer mal wieder zum Thema machen. Welche Haltung haben wir ihnen gegenüber, was können wir ihnen anbieten, wo können wir sie thematisch abholen.

Und letztendlich geht es aber natürlich auch darum, dass eine Institution, welche die Angehörigen ernst nimmt, auch Ressourcen zur Verfügung stellt, um diese Angehörigen zu begleiten.

Gute Angehörigenarbeit heisst auch, dass die Angehörigen eine Stimme haben – denn wir brauchen die Angehörigen dringend – um gute Angehörigenarbeit zu definieren. Auch das gehört zu einer wertschätzenden Grundhaltung den Angehörigen gegenüber. Wir wissen nicht, was für Angehörige gut ist, wenn wir sie nicht fragen.

Qualitätsstandard Angehörigenarbeit Psychiatrie

Das Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie hat 2011 in Zusammenarbeit mit verschiedenen Arbeitsgruppen einen Qualitätsstandard mit empfehlenden Charakter formuliert. Er umfasst in fünf Kategorien 15 Punkte, welche gute Angehörigenarbeit bezeichnen.

- Verankerung der Angehörigenarbeit
- Kompetenz der Mitarbeitenden
- Zusammenarbeit mit Angehörigen
- Information von Angehörigen
- Ergebnisse der Angehörigenarbeit

Die ausführliche Beschreibung des Qualitätsstandards finden Sie unter www.angehoerige.ch

Die Kompetenz des Beraters – Überlegungen zu guter Arbeit im Mehrpersonensetting

Von Thomas Lampert

Mit der Einbeziehung von Angehörigen in eine Behandlung wird Kommunikation zum umfassenden Aspekt. «Worte waren ursprünglich Zauber, und das Wort hat noch heute viel von seiner alten Zauberkraft bewahrt»; die Bedeutung der Sprache hatte bereits Freud in seinen Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse 1915 beschrieben - auch wenn er sich auf den Austausch zwischen dem Analytiker und seinem Patienten bezog. Worte würden Affekte hervorrufen und gelten als allgemeines Mittel zur Beeinflussung von Menschen untereinander [1]. Die Komplexität der Kommunikations- und Interaktionsprozesse erhöht sich mit der Erweiterung der Austauschenden. Doch erhöhen sich damit auch die Anforderungen an die Kompetenzen von Therapeuten oder Beratenden, in verschiedenen Settings zu arbeiten, die sich nicht exklusiv und andauernd auf ein Zweiersetting, sondern in flexibler Gestalt auch in unterschiedlichen, wechselnden Konstellationen stattfinden?

Die Einbeziehung Angehöriger, also nahestehender Bezugspersonen, gilt als die konsequente Berücksichtigung der sozialen Ebene [2]. Sie kann als gezielter Einsatz eines wichtigen therapeutischen Prinzips gesehen werden, welches die Ressourcen familiärer Beziehungen nutzbar macht und im günstigen Fall ein lösungsorientiertes Kommunizieren aller ermöglichen kann. Dass nahe und familiäre Beziehungen nicht nur positive Potenziale in sich bergen, bringen Liechti & Liechti auf den Punkt: „Familienbeziehungen schliessen sowohl ein Risikopotenzial mit störungsaufrechterhaltenden Faktoren, etwa Aufschaukelungs- und Übertragungseffekte oder intrafamiliäre Teufelskreise – als auch ein Ressourcen- und Chancenpotenzial mit schützenden und die psychische Entwicklung ihrer Mitglieder fördernde Faktoren, beispielsweise ‚bedingungslose‘ Liebe und Fürsorge angesichts Kummer und Gefahr, eine sichere Basis für die Autonomieentwicklung oder das Angebot bedeutsamer Modelle mit ein“ ([3] S.23). In den familiären Spannungsfeldern entstehen Konflikte, welchen psychiatrisch Tätige wiederholt begegnen. Je nach Belastungen, den etablierten individuellen Bindungsrepräsentationen, den Beziehungs- und Familienmustern wurde mehr oder weniger über vorausgegangene Belastungen gesprochen, debattiert, verhandelt, es wurde ausgehalten, gefordert, umgesetzt, agiert, vermieden, es wurde gestritten, versöhnt, gelitten.

Unser Verhalten in Anwesenheit anderer wird stets durch deren Anwesenheit beeinflusst. Dies, da wir das Gegenüber wahrnehmen und wahrnehmen, dass wir wahrgenommen werden [4]. Interaktionssysteme entstehen, wenn die Beteiligten ihr Verhalten durch wechselseitige Wahrnehmung der Anwesenheit aufeinander einrichten. Interaktion ist somit Kommunikation unter Anwesenden [5]. Die durch die Auswirkung einer psychischen Erkrankung zum Teil entgleisten Formen der Interaktion in den Beziehungssystemen gilt es mit der

aktiven Einbeziehung der Angehörigen hilfreich zu begleiten. „Jeder Versuch eines Einzelnen, für sich zu lösen, was alle angeht, muss scheitern. Was alle angeht, können nur alle lösen“ ([6] S.91 f.). Jede Anstrengung, Angehörige respektvoll in die Hilfe einzubeziehen, ist dabei begrüssenswert. Mit dem Einbezug von Angehörigen kann eine psychiatrische Behandlung als eine Dienstleistung am ‚System‘ verstanden werden.

Der Einbezug von Angehörigen besteht besonders im stationären Setting jedoch nicht lediglich aus systemischen Therapiegesprächen. Basis- und Alltagskontakte ermöglichen Angehörigen einen Einblick in das System Psychiatrie. Angehörige kommen zu Besuch und erkundigen sich nach der Befindlichkeit des erkrankten Menschen. Sie fragen nach Abläufen und Regeln. Dies sind Momente allgemeiner Gespräche, in denen ebenfalls Freundlichkeit, Empathie, Wertschätzung und Offenheit den Ausschlag geben. Gemein ist systemisch orientierten Therapiegesprächen, Alltags- und Basiskontakten wie auch psychoedukativen und anamnestischen Gesprächen im Mehrpersonensetting, dass sich die Gestaltung des Gesprächssettings an wechselnden, fluiden Bedürfnissen, Ressourcen und Bedingungen – sowohl seitens des Patienten, des Umfelds und des Therapeuten – orientieren. Als deutliche Herausforderung für die Beziehungs- und Prozessgestaltung konzentriert sich die Auseinandersetzung nicht exklusiv und andauernd auf ein Zweiersetting, sondern findet in flexibler Gestalt auch in unterschiedlichen, wechselnden Konstellationen statt.

»Die Kunst im systemischen Handeln liegt darin, Parteilichkeit allparteilich auszuüben.«

Psychiatrisch Tätige müssen „sich im Mehrpersonensetting wesentlich aktiver und direkter verhalten als im Rahmen der Einzeltherapie. Sie müssen auf der einen Seite das therapeutische Geschehen so weit im Griff behalten, dass es nicht destruktiv entgleist, auf der anderen Seite müssen Sie den Parteien ermöglichen, offener miteinander zu sprechen. Mit Hilfe psychiatrisch Tätiger sollen die Einzelnen lernen, Offenheit zu kombinieren mit Respekt und der Begründung negativer Gefühle in der eigenen Betroffenheit und Verletzung. Der Therapeut ist hier oft in der Funktion des Übersetzers und Umformulierers“ ([7] S.66). In dieser Form der Gesprächs- und Prozessgestaltung wird oft das Leid aller Beteiligten ersichtlich. Der zentrale Begriff der Neutralität kann im systemischen Ansatz durch jenen der ‚Allparteilichkeit‘ [8] oder der ‚ausgleichenden Parteilichkeit‘ [9] ersetzt werden. „Die aktive Nachfrage im Sinne einer allparteilichen, kurzzeitigen Verbündung bestätigt die Bewertung der gemachten Erfahrungen (Validierung), indem sie Lösungsversuche ebenso würdigt wie Gefühle, Grenzen, Sorgen und Bedürfnisse. Der Therapeut sollte in der Lage sein, die Partei eines Einzelnen zu ergreifen und dann nacheinander die der anderen Anwesenden ebenso; er darf sich dem Anspruch irgendeines Anwesenden auf Verdienst, Anerkennung oder Gerechtigkeit nicht verschliessen. Die Kunst liegt indes darin, die Parteilichkeit allparteilich auszuüben, sodass alle Beteiligten emotionale Nähe und Verstanden-Sein erleben, ohne dass der Therapeut dadurch seine Manövrierefreiheit einbüsst“ ([8] S.88).

In beziehungsökologischer Sicht wird angenommen, dass Menschen sich im Gestalten ihrer Beziehungen entwickeln. „Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung steht modellhaft für die anstehenden Entwicklungsschritte in intimen, nahen Beziehungen“ ([7] S. 80). Diese Prämisse kann ebenfalls für die beziehungsentwicklungsorientierte Arbeit im Mehrpersonensetting formuliert werden. Dennoch unterscheiden sich die beiden Arbeitsfelder Einzelsetting und Mehrpersonenkontext grundlegend. Simon weist darauf hin, dass „wer darauf hin ausgebildet wurde, sich in andere Menschen einzufühlen, naturgemäß herausgefordert wird in der Aufgabe, sich nicht nur in einen Menschen, sondern in vier oder fünf einzufühlen. Die Komplexität explodiert, wenn er zusätzlich noch zu verstehen versucht, wie die Wechselwirkungen des individuellen Erlebens sind. Wer von solch einem – ja durchaus legitimen – Ansatz ausgeht, landet fast zwangsläufig bei der Einzeltherapie. Systemische Ansätze richten den Fokus auf die Spielregeln der Interaktion und Kommunikation. Vorannahme ist, dass die psychischen Prozesse der Mitglieder des Systems an die Dynamik der Kommunikation gekoppelt sind“ [10]. Also Verhalten in Anwesenheit anderer stets durch deren Anwesenheit beeinflusst ist. Auf den Beratungskontext bezogen bedeutet dies wiederum, dass die Geschichten, welche Betroffene in eine Beratung führen, gleichzeitig zum Produkt von Menschen mit Problemen und von einem Therapeuten werden. „Geschichten von Therapien entstehen nicht aus etwas, das ‚in‘ den Menschen passiert oder vielleicht ‚zwischen‘ ihnen, nicht einmal aus etwas ‚in‘ und ‚zwischen‘ ihnen. Sie entstehen vielmehr aus all diesem plus etwas anderem, das zwischen ihnen und dem Therapeuten geschieht“ ([11] S.16). Auch wenn es weniger ausschlaggebend scheint, was in den einzelnen Personen vermutet werden kann, sondern was oder wie etwas zwischen den einzelnen Personen geschieht plus etwas anderem, ist der Fokus sowohl auf die individuelle Psychodynamik gerichtet als auch auf die Kommunikationsmuster. Letztlich geht es immer darum, wie bei Typen von psychischen und interaktionellen Mustern, wie sie miteinander gekoppelt sind. So wird auch der Beobachter eines Systems als Teil dessen in die Beschreibung und Erklärung des Systems mit einbezogen. Der Beratende handelt im System als ein Teil des Systems. Sowohl interaktional als auch mit seinen eigenen psychischen Mustern.

»Die Dynamik der Arbeit im Mehrpersonensetting fordert Fachpersonen, Prozesse zu erkennen und hilfreich zu begleiten.«

„Therapeutisches Handeln im Mehrpersonensetting aktiviert ‚prozedurales‘ Wissen, Handlungswissen. Diese Art der Therapie hat viel mehr etwas zu tun mit Schuhebinden, Autofahren, Bügeln oder Auf-einen-Baum-Klettern als mit einer Theorie über Tatsachen (Faktenwissen). (...) Die Dynamik fordert Fachpersonen, Prozesse zu erkennen und hilfreich zu begleiten“ ([4] S. 58). Der Fokus richtet sich auf interaktionale Prozesse. Die Begleitung und Steuerung dieser interaktionalen Prozesse können als Theorie nur bedingt erlernt werden. Prozedurales Wissen ist konzeptualisiert als die Kompetenz oder Fertigkeit, eine Handlung auszuführen. Etwa, mit dem eigenen Namen zu unterschreiben. „Die konkreten Tätigkeiten, die zu den spezifischen Merkmalen der Unterschrift führen, werden nahezu automatisch durchgeführt und können nicht oder nur

unter besonderer kognitiver Anstrengung verbalisiert werden“ ([12] S.16). (Implizites) Erfahrungswissen fördert durch Routinisierung prozedurales (Handlungs-) Wissen. Um auf diese Ressource zurückgreifen zu können, wird eine gewisse Reife vorausgesetzt. „Reifung kann dabei als Prozess der Persönlichkeitsentwicklung verstanden werden, der die für den psychotherapeutischen Beruf erforderlichen Kompetenzen bereitstellt“ ([13] S.147), etwa „psychische Belastbarkeit, Bindungsfähigkeit, Eigenverantwortung (Selbstorganisation) und eine Idee der Selbstwirksamkeit und Gestaltungsfähigkeit zu haben“ ([13] S.148).

Psychotherapie kann als ein sozialer Prozess gegenseitigen Einwirkens im Rahmen einer therapeutischen Beziehung beschrieben werden, die hoch emotional besetzt und durch Vertrauen geprägt ist [14]. Sie weist ebenso Gemeinsamkeiten mit künstlerischer Tätigkeit auf. Das bloße Erlernen von Behandlungstechnik allein ist unzureichend für die wirkungsvolle therapeutische Arbeit: „Man benötigt so etwas wie Spürsinn und Intuition“ ([15] S.13). Die von Unsicherheit, Ängstlichkeit, Zweifeln und Leistungsdruck geprägte Anfangsphase einer Beraterischen oder therapeutischen Tätigkeit wirkt hier hemmend. Die Identitätsentwicklung als die Entwicklung und das Vertrauen in einen eigenen Stil mit einer erfahrenen Selbstwirksamkeit und dem Erkennen und Akzeptieren von Grenzen – die Theorie wird mit Erfahrung verbunden [13] – unterstützen die Prämissen von Spürsinn und Intuition. Ein Therapeut muss sowohl im Einzel- als auch im Mehrpersonensetting in der Lage sein, selbst Vertrauen zu haben und dieses dem System wechselseitig auch zur Verfügung zu stellen. Das Vertrauen in das System ist ein wechselseitiges Geschenk in Beziehungen. „Der Therapeut kann so Vertrauen entwickeln, indem er aufmerksam bleibt und ein Bild von Möglichkeiten entwerfen kann, die er im Patienten sieht oder ahnt. Vertrauen wird somit dann besonders zur Herausforderung, wenn die therapeutischen Ziele erst miteinander gefunden werden müssen“ ([16] S.18). Dies verdeutlicht sich im therapeutischen Kontext: Eine Aktivierung des Bindungssystems bei Stress dämpft gleichzeitig das Erkundungssystem, während bei Wohlbefinden und dem Gefühl von Sicherheit die Beruhigung des Bindungsverhaltens und gleichzeitige Aktivierung des Explorationssystems erfolgt [17]. Eine gelingende, vertrauensvolle therapeutische Beziehung fördert die Erkundung neuer Wege. Diese Veränderungen stehen stellvertretend für die Bewältigungsorientierung in intimen Beziehungen. Gelingt die Initiierung im Mehrpersonensetting, können diese Erfahrungen direkt hilfreich begleitet werden. „Grundlage allen Vertrauens ist die Darstellung des eigenen Selbst als einer sozialen, sich in Interaktionen aufbauenden, mit der Umwelt korrespondierenden Identität“ ([18] S.16). Was bedeutet, dass „ich demjenigen vertrauen kann, der sich selbst verstehen kann und dieses Selbstverständnis in die Interaktion einbringt“ ([16] S.16). Dies ist gleichermaßen bedeutsam für die therapeutische Beziehung als auch für die Beziehung in intimen Beziehungen.

Die Persönlichkeit des Beraters als Wirkfaktor

Sich selbst zu verstehen und in die Interaktion einzubringen erinnert an die Fähigkeit des Mentalisierens. „Mentalisieren heisst, sich auf die ‚inneren Zustände‘ in

sich selbst und im anderen zu beziehen“ ([19] S.276). Die psychische Fähigkeit des Wahrnehmens und Interpretierens menschlichen Verhaltens auf der Basis intentionaler Aspekte wie Gefühle, Wünsche und Überzeugungen ist zentral und ermöglicht, ein kohärentes Bild seiner selbst und ändern zu entwickeln. „Die therapeutische Beziehung öffnet einen sozialen Lernprozess, von dem der Patient zwischen den Behandlungsstunden profitiert. Mentalisierung fördert dabei die Sicht des Patienten als eigenständige Person, die für sich selbst gültige Erfahrungen macht. Wenn der Psychotherapeut sich in die Gedanken, Intentionen und Affekte des Patienten hineindenkt und einfühlt, fördert er im Patienten ein Gefühl von Sicherheit, neue Wege zu gehen und mit dem Therapeuten zu kooperieren“ ([20] S.18). Ähnlich dem Ressourcenpotenzial von Familienbeziehungen: als sichere Basis für Exploration und Autonomieentwicklung. „Mentalisieren zu fördern bedeutet die Erforschung der eigenen Innenwelt, die einfühlsame Exploration der Welt des Gegenübers und der gemeinsamen Beziehung“ ([20] S.19). Die Förderung des Mentalisierens in engen Bezugssystemen - Familien etwa - fördert die Entwicklung in den Beziehungen. In der Kooperation mit dem Beratenden kann wie beschrieben das Gefühl von Sicherheit entstehen, eine sichere Basis für neue Wege. Die Mentalisierungsfähigkeit des Einzelnen wie des Beziehungssystems wird dabei am besten gefördert, wenn der Therapeut sich selbst und dem Patienten gegenüber eine mentalisierende Haltung einnimmt: „Es gibt keinen besseren Weg der Förderung des Mentalisierens, als es selbst zu tun“ ([20] S.19).

»Es gibt keinen besseren Weg, das Mentalisieren zu fördern, als es selbst zu tun.«

Das beschriebene Mentalisierungskonzept – in der Konzeptualisierung auf den dyadischen Kontext bezogen – integriert eine bindungsbasierte systemische Sichtweise mit intrapsychischen wie auch interaktionellen Aspekten. Der wohlwollende und anschlussfähige Einbezug der relevanten Bezugspersonen unterstützt einen Prozess der Annäherung zur Schaffung einer sicheren Basis, welche es Betroffenen ermöglichen kann, sich auf Veränderungen erst einzulassen. Beziehungen werden nicht als feste Gebilde verstanden, sondern als sich stetig entwickelnde. „Der amerikanische Familientherapeut Lyman C. Wynne übertrug die Idee der Stufenabfolge der Entwicklung auf die Ebene von Beziehungssystemen und postuliert eine Abfolge in vier Stufen: Das Bindungs-Fürsorge-Verhalten, Kommunizieren, das gemeinsame Lösen von Problemen sowie die Gegenseitigkeit“ ([21] S.67). „Systemische Therapie versucht die Entwicklungsstufen in Beziehungssystemen zu berücksichtigen. Ist die Basis eines affektiv-vertrauensvollen Anschlusses geschaffen, kann sich die Beziehung auf einer nächsten Stufe weiterentwickeln. Das gemeinsame Lösen von Problemen meint, ein klares Verständnis für Aufgaben und Zuständigkeiten zu entwickeln. Ein gemeinsames Fällen wichtiger Entscheidungen verhilft zur Lösung von Problemen und bei der Bewältigung von Meinungsverschiedenheiten, die letztlich alle Beteiligten etwas angehen. Größere Veränderungen können somit gemeinsam gemeistert werden. Gegenseitigkeit in Beziehungssystemen setzt die Klarheit über die eigenen Bedürfnisse sowie die des Gegen-

übers voraus. Sie beinhaltet das gegenseitige Respektieren von Unabhängigkeit und ermöglicht individuelle Entwicklungen bei bestehender Ausgewogenheit von Selbstständigkeit und Verbundenheit. Die bindungsbasierte systemische Therapie regt die Entwicklung in den familiären Beziehungen an und fördert diese zugunsten fairer Prozesse und einer Autonomieentwicklung der einzelnen Individuen bei gleichzeitiger Verbundenheit“ ([21] S.67 ff.).

Mentalisieren fördert epistemisches Vertrauen. „Epistemischen Vertrauens (Epistemic trust) steht in engem Zusammenhang mit der Bindungstheorie und kann als Erweiterung derer verstanden werden. Zentral ist dabei die Wahrnehmung. Menschen mit hoch ausgeprägtem epistemischem Vertrauen tendieren, Informationen von anderen unhinterfragt zu glauben und anderen grundsätzlich Wohlwollen zu unterstellen. Am anderen Ende der Skala begegnen Menschen mit hoch ausgeprägtem epistemischen Misstrauen Dritten mit grosser Skepsis. Beide Ausprägungen sind riskant; die gesunde Balance bezeichnet Fonagny als ‚epistemische Wachsamkeit‘: Eine vorsichtig kritische Einstellung gegenüber der Welt und denen, die uns etwas Neues lehren oder uns von etwas Neuem überzeugen wollen. Epistemisches Vertrauen oder Misstrauen ist jedoch auch ein Persönlichkeitsmerkmal des Senders. Menschen unterscheiden sich in dem Ausmass, indem es ihnen gelingt, epistemisches Vertrauen bei Dritten zu erzeugen. An dieser Stelle wird das Konzept therapierelevant: eine gute Therapeutin löst bei ihren Patienten epistemisches Vertrauen aus, was deren Bereitschaft fördert, von ihr zu lernen und sich auf die Therapie einzulassen“ ([22] S.277). Was die interaktionale Prämisse betont, dass ich demjenigen vertrauen kann, der sich selbst verstehen kann und dieses Selbstverständnis in die Beziehung mit einbringt.

Führen und Folgen

Therapie im Mehrpersonenkontext kann als das komplexe Zusammenspiel eines Orchesters verstanden werden. „Der Therapeut gleicht einem Dirigenten, welcher sowohl die einzelnen Instrumente, Instrumentengruppen sowie das gesamte Orchester im Blickfeld hat und Impulse gibt, ermutigt, das Tempo verändert, Spannungen erzeugt, auf Höhepunkte hinarbeitet oder wieder abklingen lässt“ ([23] S.2). Diese Wirkung entsteht oft durch kleine, unauffällige nonverbale Interventionen, aber auch als verbale Fragestellung. Beratende sollen so den therapeutischen Prozess auf unterschiedlichen Ebenen verfolgen und bei Bedarf den Fokus verlagern können. Ähnlich einem Tanz in spielerischem Zusammenspiel zwischen Führen und Folgen. Die Elemente fließen ineinander, denn der Beginn des Führens folgt aus der Wahrnehmung der Struktur und Bewegung des Gegenübers, um eine Richtung einzuschlagen. So besteht das Führen immer wieder aus Elementen des Folgens heraus in einem steten Wechsel zwischen Führen und Folgen mit fließenden Übergängen. Anschluss zu finden bedeutet, Eingang in die innere Welt eines Systems zu erhalten. Psychiatrisch Tätigen, welchen es so nicht gelingt, eine Passgenauigkeit herzustellen, erinnern an ein Orchester, in dem jeder Musiker die Melodie spielt, die ihm gerade einfällt. Aber eine gemeinsame Melodie – ein Prozess also – kann so nicht entstehen. Die Herausforderung liegt

darin, dass jede Therapie einzigartig ist. Die Anliegen eines jeden Systems sind unterschiedlich und fordern den Therapeuten auf, sein Beziehungsangebot, seine Interventionen und sein strategisches Vorgehen achtsam auf die individuellen Ziele, Bedürfnisse und Motive seines Gegenübers abstimmen, damit ein Anschluss gelingt. So liegt die Kunst des Manövrierens in der flexiblen Prozessgestaltung, um passgenau begleiten und intervenieren zu können. Die in diesem Aufsatz beschriebenen Prämissen gelten sowohl für das Einzelsetting wie auch für den Mehrpersonenkontext. Im Mehrpersonensetting erhöhen sich die Anforderungen an diese Kompetenzen jedoch deutlich. An eine passgenaue Prozessgestaltung, an die Förderung des Metallisierens und epistemischen Vertrauens sowie an das Vertrauen in sein eigenes Selbstverständnis. Sie fördern die angstfreie Manövrierfähigkeit des Beraters in seinem eigenen Stil mit einer erfahrenen Selbstwirksamkeit und dem Erkennen und Akzeptieren von Grenzen.

- 1 Freud, S. (f-1917): The complete introductory lectures on psychoanalysis. In: J. Stachey /ed.& transl.): The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Vol 15&16. New York (Norton). [dt. (1917-1917): Vorlesung zur Einführung in die Psychoanalyse. Gesammelte Werke, Bd.11. Frankfurt/M (Fischer).] In: de Shazer, S. (2012): Worte waren ursprünglich Zauber. Heidelberg (Carl-Auer), S. 18.
- 2 Hoff, P. (2014): Zur Rolle der Angehörigen in der psychiatrischen Behandlung: Störenfriede, Co-Therapeuten oder ... ?. Referat Fachtagung Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie.
- 3 Liechti, J. & Liechti-Darbellay, M. (2011): Im Konflikt und doch verbunden. Heidelberg (Carl-Auer)
- 4 Maiwald, K.-O. & Sürig, I. (2018): Mikrosoziologie. Eine Einführung. Heidelberg (Springer). In Anlehnung an: Goffman, Erving (1983): The Interaction Order. American Sociological Review 48/1, S. 1-17.
- 5 Luhmann, N. (1997): Die Gesellschaft der Gesellschaft. Zweiter Teilband. Frankfurt/M (Suhrkamp). Darin: Interaktion und Gesellschaft, S. 812-826. In: Küchenhoff, J. (2017): Vertrauen in Beziehungen. Zeitschrift SWISS ARCHIVES OF NEUROLOGY, PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY, 2017; 168(1): 14-18
- 6 Dürrenmatt, F. (1998) Werkausgabe. Band 7. Zürich. (Diogenes). In: Scherer, E., Lampert, Th. (2017): Basiswissen: Angehörige in der Psychiatrie. Köln (Psychiatrie-Verlag).
- 7 Willi, J (2005) in Rössler, W. (Hrsg.) (2005): Die Therapeutische Beziehung. Heidelberg (Springer)
- 8 Boszormeny-Nagy, I. & Sparks, G. (2006): Unsichtbare Bindungen. Stuttgart (Klett-Cotta). In: Scherer, E., Lampert, Th. (2017): Basiswissen: Angehörige in der Psychiatrie. Köln (Psychiatrie-Verlag).
- 9 Willi, J. (1978): Therapie der Zweierbeziehung. Reinbek (Rowohlt).
- 10 Simon, F.B. (2017): Simons systemische Kehrwoche: Warum Einzeltherapie schwieriger ist als systemische Familientherapie.
- 11 De Shazer, S. (2012): Worte waren ursprünglich Zauber – von der Problemsprache zur Lösungssprache. Heidelberg (Carl-Auer).
- 12 Wirth, J. (2004): Selbstregulation von Lernprozessen. Münster (Waxmann).
- 13 Fiegl, J. (2016): Empirische Untersuchung zum Direktstudium Psychotherapie. Münster (Waxmann).
- 14 Wampold, B. E. (2001): The great psychotherapy debate: models, methods and findings. Mahwah, NY. (Lawrence Erlbaum Associates) in: Mallin, U. (2010): Therapeut-Klient-Interaktion: Einstellungen und Interventionen. Inauguraldissertation der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln.
- 15 Rieken, B. (2011): Psychotherapiewissenschaft, Hermeneutik und das Unbewusste. In Rieken, B. (Hrsg.) Alferd Adler heute; zur Aktualität der Individualpsychologie (S. 41-59), Münster (Waxmann). In Fiegl, J. (2016): Empirische Untersuchung zum Direktstudium Psychotherapie. Münster (Waxmann).
- 16 Küchenhoff, J. (2017): Vertrauen in Beziehungen. Zeitschrift SWISS ARCHIVES OF NEUROLOGY, PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY, 2017; 168(1): 14-18

- 17 Trost, A. (2018): Bindungswissen für die systemische Praxis. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht)
- 18 Luhmann, N. (1968/1989): Vertrauen – Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität. Stuttgart (Enke). In: Küchenhoff, J. (2017): Vertrauen in Beziehungen. Zeitschrift SWISS ARCHIVES OF NEUROLOGY, PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY, 2017; 168(1): 14-18
- 19 Trost, A. (2018): Bindungswissen für die systemische Praxis. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht)
- 20 Brockmann J. & Kirsch, H. (2010): Konzept der Mentalisierung. Relevanz für die psychotherapeutische Behandlung. Zeitschrift Psychotherapeut, 2010-55, Issue 4, S. 279-290
- 21 Brockmann J. & Kirsch, H. (2015): Mentalisieren in der Psychotherapie. Zeitschrift Psychotherapeuten Journal, 1/2015, S.13-22
- 22 Wynne, L. C. (1985): Die Epigenese von Beziehungssystemen: Ein Modell zum Verständnis familiärer Entwicklung. Familiendynamik, 10, 2, S. 112-146 In: Scherer, E., Lampert, Th. (2017): Basiswissen: Angehörige in der Psychiatrie. Köln (Psychiatrie-Verlag).
- 23 Dittrich, K. (2017): Systemische Forschung: Grundlagen der Psychotherapie. Deutsches Ärzteblatt. PP 16, Ausgabe Juni 2017
- 24 Minuchin, S., 1977, Familie und Familientherapie. Freiburg i.B. (Lambertus). In: Goldbrunner, H.: Paarberatung als triadisches System.

Systemische Fortbildungen

Master of Advanced Studies ZSB in Systemischer Beratung & Pädagogik

Die postgraduale Weiterbildung befähigt zu einer wirksamen Anwendung qualifizierter Beratung.

CAS ZSB Systemische Beratung & Familientherapie

Die postgraduale Fortbildung (Basiskurs) kann als Einstieg in die qualifizierte Beratung im Familien-Setting und in der lösungsorientierten Kurz-Beratung besucht werden. Der CAS eignet sich für Fachpersonen im erweiterten psychosozialen Berufsfeld wie beispielsweise der Sozialen Arbeit, Pflegefach Psychiatrie, Medizin, Psychologie etc., die beraterisch tätig sind.

ZSB – Zentrum für Systemische Therapie und Beratung Bern www.zsb-bern.ch

Weitere Institute:

Institut für ökologisch-systemische Therapie Zürich
www.psychotherapieausbildung.ch

Weiterbildungsinstitut in phasischer Paar- und Familientherapie (C. Gammer)
www.phasischesystemtherapie.ch

IEF Institut für systemische Entwicklung und Fortbildung Zürich www.ief-zh.ch

Ausbildungsinstitut Meilen, Zürich
www.ausbildungsinstitut.ch

ZHAW – Institut für angewandte Psychologie Zürich
IAP www.weiterbildung.zhaw.ch

Informationen zu weiteren anerkannten Weiterbildungsinstituten finden Sie unter www.systemis.ch

ANGEHÖRIGE

Gute Angehörigenarbeit - Die Sicht einer Angehörigen

Von Franca Weibel

Es hat sich viel geändert, seit der Ersterkrankung meiner Tochter vor 22 Jahren. Damals wurde uns beiden gesagt, sie werde niemals mehr ein «normales» Leben führen können. Eine Schizophrenie Erkrankung mache das unmöglich und führe dazu, dass man ein Leben lang Medikamente nehmen müsse. Nebenwirkungen inklusive. Meine Tochter war gerade siebzehn und hatte ihre Zukunft noch vor sich, verbunden mit Plänen, die sie verwirklichen wollte und Wünschen, die sie sich gerne erfüllt hätte. Es kam anders. Diese Hoffnungslosigkeit hat zu etlichen Suizidversuchen geführt, denn weshalb soll man sich auf eine Therapie einlassen, wenn man nie mehr gesund wird? Für mich, aber auch für meine Tochter, wäre es sehr hilfreich gewesen, gleich bei der Diagnosestellung über die «Drei Drittel» Theorie zu erfahren. Wir hätten uns an diesen Funken Hoffnung klammern können um nicht ganz in Resignation zu versinken. Das wäre sicherlich nicht das gewesen, was ich hören wollte. Ich hatte damals noch den naiven aber doch nachvollziehbaren Anspruch, meine Tochter geheilt und genauso zurück zu bekommen, wie sie vor ihrer Erkrankung war. Ich hätte gerne gewusst, wie lange die Behandlung in etwa dauern würde und was ich als ihre Mutter dazu beitragen kann, damit sie schneller gesund wird. Aber zu wissen, dass ein Drittel aller Betroffenen gesunden kann, ist doch besser als davon auszugehen, dass es keine Hoffnung gibt. Stattdessen, wurde mir etliche Male gesagt, es sei nicht gut, wenn ich meine Tochter so oft besuchen würde, schlimmer noch: Dass man zuerst herausfinden müsse, ob ich ihr guttue oder eher nicht. Deshalb sei es besser, am Anfang gar nicht zu kommen. Daran gehalten habe ich mich nicht. Ich habe sie besucht, so oft es mir möglich war und so oft sie mich darum gebeten hat. Ich hätte mir sehr gewünscht, da ich regelmässig auf der gleichen Station zu Besuch war, mit meinem Namen angesprochen zu werden anstatt jedes Mal gefragt zu werden: »Zu wem wollen Sie und wie ist ihr Name?« Ich habe mich ständig als unerwünscht gefühlt, schlimmer noch, als existiere ich gar nicht. Meine Not, so hatte ich das Gefühl, hat niemanden interessiert.

»Ich habe mich ständig als unerwünscht gefühlt, schlimmer noch, als existiere ich gar nicht.«

Diese Tatsache hat mir damals den Boden unter den Füßen weggezogen und ich wusste nicht mehr, was oben oder unten ist. Durchgehalten habe ich nur, weil ich neben meiner ältesten Tochter, ja noch zwei jüngere Töchter hatte, die mich gerade jetzt, da ihre grosse



Schwester krank geworden war, ganz dringend brauchten. Ich fühlte mich in dieser Zeit, sehr alleine, unverstanden, schuldig gesprochen, immer und immer wieder, und zwar vom ganzen Umfeld. Von Verwandten, Bekannten, Nachbarn, Freunden und leider auch von Fachpersonen. «War ihre Tochter ein Wunschkind?», solche Fragen haben bei mir automatisch dazu geführt, mich angegriffen zu fühlen, auch wenn das vielleicht gar nicht so gemeint war. Ich habe jahrelang geglaubt, dass alle an Schizophrenie Erkrankten einen chronischen Verlauf haben, dass ihr Zustand mit der Zeit immer schlimmer werden würde, denn genau das, stellte ich damals fest, wenn ich meine Tochter jeweils auf der Akutstation besuchte. Die Verzweiflung die das bei mir auslöste, ist für mich heute noch, beim Schreiben dieser Zeilen, körperlich spürbar, mein Herz zieht sich zusammen und hätte ich ein Röntgengerät, würde ich wohl sehen können, dass es weint, dieses kleine aber doch so wichtige Organ. Der Besuch eines trialogischen Psychose Seminars hat mein Leben nochmals auf den Kopf gestellt, im positiven Sinne. Nach Jahren voller Hoffnungslosigkeit, lernte ich Menschen kennen mit der gleichen Diagnose, denen es aber sichtbar wieder besser, ja sogar wieder gut ging. Das war wie eine Auferstehung aus dem Dornröschenschlaf! Der gleichberechtigte, trialogische Austausch, zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen, war für mich etwas vom Wertvollsten, was ich diesbezüglich je erlebt hatte. Und so kam es, dass ich anstatt mich weiterhin selber zu bemitleiden begonnen habe, mich trialogisch zu engagieren.

Veränderungen konnte ich nicht nur bei mir feststellen, erfreulicherweise auch bei Fachpersonen und in den psychiatrischen Institutionen. Die Recovery Bewegung (Wiedergenesung) hielt Einzug, Peers wurden ausgebildet und eingestellt, weil man feststellen konnte, dass Menschen bei einer Ersterkrankung davon profitieren, von Peers, denen es gleich oder ähnlich ergangen war, erfahren zu können, was ihnen geholfen hat aus der seelischen Erschütterung heraus zu finden. Es ist heute erwiesen, dass man solche Erfahrungen nutzen kann um anderen Betroffenen aufzuzeigen, was geholfen hat und was eben nicht. Es ist schön mitzuerleben, wie Angehörige heute wahrgenommen werden in den psychiatrischen Einrichtungen. Sie werden gesehen, gehört und ernst genommen. Eine grosse Veränderung, die mit Sicherheit helfen wird, den Angehörigen viel

Leid zu ersparen. So wird es ihnen möglich sein, mehr Energie fürs Wesentliche zu haben, der Begleitung und Unterstützung ihrer Liebsten, die psychisch erkrankt sind.

Wenn nun Aladin aus meiner Wunderlampe (ich besitze wirklich eine) steigen würde um mich zu fragen, was für einen Herzenswunsch er mir erfüllen könnte, würde ich ihm folgendes sagen: Wir Angehörigen sind sehr froh und dankbar über die positiven Veränderungen in der Psychiatrielandschaft. Wir sind glücklich darüber, dass die Peers dazu führen, wieder Hoffnung und Zuversicht zu vermitteln. Es ist sehr hilfreich, dass wir heute als Angehörige eine Stimme haben, informiert und involviert werden. Dass wir uns an Fachpersonen wenden können, wenn wir Unterstützung brauchen, ist einfach wunderbar und war vor 22 Jahren noch nicht einmal vorstellbar.

»Es ist sehr hilfreich, dass wir heute als Angehörige eine Stimme haben, informiert und involviert werden.«

Was uns noch fehlt, und da teilen viele Angehörige meine Meinung, sind Angehörige als Peers, die anderen neu betroffenen Angehörigen mit viel Zuversicht aufzeigen können, was ihnen geholfen hat, sich aus der Verzweiflung zu lösen und Schuldgefühle gegen Engagement einzutauschen. Dazu braucht es eine grosse Portion Selbstreflexion und das muss man sich erarbeiten. Nur wer Schuldgefühle abbauen kann, ist in der Lage zu reflektieren und gewisse Verhaltensweisen zu überdenken und wenn nötig zu ändern. In der Peerausbildung ist das ein Thema, soviel ich weiss, gibt es sogar ein Modul, welches sich diesem Aspekt widmet. Mein Wunsch nun lieber Aladin: Wir Angehörigen wollen nicht nur verstanden werden und bemitleidet schon gar nicht. Wir wollen gebraucht werden. Wir wünschen uns von den Fachpersonen, dass sie uns als wichtigen Indikator bei der Früherkennung, Prävention, Aufklärung und Unterstützung neu betroffener Angehörigen wahrnimmt, dass sie uns als Ergänzung und nicht als Konkurrenz betrachten. Wir wünschen uns eine Peerausbildung für Angehörige, die gar nicht so sehr von der bestehenden Ausbildung, die in der Schweiz angeboten wird, abweichen muss und deshalb meiner Meinung nach, machbar sein sollte. Ich kenne einige Angehörige, die diesen Wunsch mit mir teilen, aber leider noch viele mehr, die das Gefühl nicht loswerden, dass man sie heute zwar ernst nimmt aber nicht als wichtigen Teil der dialogischen Landschaft, die einen ganzheitlichen Ansatz bietet und zu mehr Verständnis, Akzeptanz und Respekt aller Beteiligten führt. Ganz zum Schluss möchte ich noch sagen, dass meine wieder gewonnene Zuversicht nicht nur mir ein besseres Leben ermöglicht, auch meine Töchter, und zwar alle drei, spüren das und ohne es auszusprechen, hat es auch bei ihnen zum gleichen Ergebnis geführt. Gerade deshalb erachte ich es als enorm wichtig, dass wir Angehörigen diesen neu gewonnen Lebensmut weitergeben können um gemeinsam in eine gleichberechtigte, menschenwürdige Zukunft zu schauen.

ÜBER UNS

Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie

Erfreulicherweise hat die Angehörigenarbeit in der Psychiatrie während der vergangenen Jahre zunehmend an Bedeutung gewonnen. Dieser Umstand ist umso mehr von grosser Bedeutung, da Angehörige von Menschen, welche an einer psychischen Erkrankung leiden, häufig verunsichert sind und sich dringende Fragen zu Krankheitsbildern und dem Umgang mit den Belastungen der Krankheit stellen.

Der Verein bezweckt die Vernetzung von Fachleuten und Professionalisierung der Angehörigenarbeit in der psychiatrischen Versorgung. Er informiert über aktuelle Angebote für Angehörige von Menschen mit einer psychischen Erkrankung.

Die Ziele des NAP sind die Erhöhung des Stellenwertes der Angehörigenarbeit, die Umsetzung einer qualitativ guten Angehörigenarbeit sowie die Förderung des Wissens über und zur Angehörigenarbeit unter Fachpersonen.

Zum Verein Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie zählen öffentliche und private psychiatrische und psychosoziale Institutionen, zahlreiche Einzelmitglieder und Gönner. Möchten auch Sie Mitglied werden? Auf unserer Homepage finden Sie alle Angaben dazu. Auch weitere Informationen zu den Qualitätsstandards, zu verschiedenen Konzepten und Arbeitsmaterialien zur Angehörigenarbeit sind dort abgebildet.

Auf der Homepage des Netzwerks können Sie Ihre Veranstaltungen für Angehörige Ihrer Institution direkt hochladen. Neu gibt es auch eine Rubrik „Fachveranstaltungen“.

Angebote für Angehörige

Auch Angehörige finden Informationen auf unserer Homepage. Nebst Angaben zu aktuellen Veranstaltungen, Kursen und Gruppenangeboten kann auch die Infobroschüre für Angehörige heruntergeladen werden.

Unter dem Dach des NAP hat sich ein Verbund von Angehörigenberatungsstellen konstituiert, welche professionelle Beratungen anbieten. Ein niederschwelliger, kostenfreier Zugang ist durch die einheitlichen Minimalstandards möglich. Nebst diesem Beratungsangebot sind auch weitere Beratungsmöglichkeiten weiterer Anbieter zu finden. Es freut uns, dass mit der Integrierten Psychiatrie Winterthur Zürcher Unterland, der Privatklinik Meiringen, der stiftung rheinleben (Basel) sowie der Privatklinik Wyss vier neue Institutionen hinzugekommen sind.

www.angehoerige.ch

Basiswissen: Angehörige in der Psychiatrie

Auf ein solches Buch haben Mitarbeitende in psychiatrischen Institutionen und Praxen schon lange gewartet!

In der Reihe „Basiswissen“ des Psychiatrie-Verlags stellen zwei Pflegefachkräfte mit 30-jähriger Erfahrung ihre besonderen Beobachtungen und Erkenntnisse im Umgang mit Angehörigen von psychiatrisch Erkrankten vor. Als Koordinierende und Leitende der Angehörigenarbeit in ihren Institutionen vermitteln sie dort ihr auch in der Fachliteratur abgestütztes Wissen an alle Berufsgruppen. Es ist ihr berechtigtes Anliegen, dass nicht wie früher Angehörigengespräche nur von ärztlichen und psychotherapeutischen Fachleuten sondern von allen professionellen Bezugspersonen der Betroffenen durchgeführt werden. Dies heisst aber andererseits nicht, dass der Einbezug der Angehörigen von den für die Behandlung zuständigen Personen an eine spezielle Beratungsstelle wegdelegiert werden soll.

Das Autorenteam beleuchtet die Situation der Angehörigen im gesellschaftlichen Kontext, deren objektive und subjektive Belastungen wie Ohnmacht, Angst, Schuldgefühle usw. und beschreibt häufige Bewältigungsstrategien sowie anhand eindrücklicher Fallbeispiele die ganz konkreten Gespräche mit Angehörigen. Es betont z.B. die zu beachtenden Fallstricke ebenso wie die Bedeutung der aus der systemischen Therapie bekannten allparteilichen Haltung und formuliert praxisnahe Leitlinien für die Durchführung eines Mehrpersonengesprächs. Besonders taktvoll und einfühlsam ist das Kapitel über Kinder als Angehörige gelungen.

Aus konzeptuell-methodischer Warte wird der Unterschied zwischen spezifischer Angehörigenarbeit und Psychoedukation für Angehörige herausgearbeitet und auf verschiedene Vernetzungsformen in der Angehörigenarbeit sowie den Bezug zu dialogischen Ansätzen und die Peer-Arbeit hingewiesen.

Im Sinne des aktiven Einbezugs des nahestehenden Umfeldes eröffnet die alle Berufsgruppen durchdringende Angehörigenarbeit Potenziale in der Behandlung der Patienten. Die Lektüre bestätigt, dass die Psychiatrie gut daran tut, Angehörige nicht vor ihrer Türe stehen zu lassen.

Der handliche, mit Merksätzen gut strukturierte und inhaltlich dichte Band ist allen in der Psychiatrie Tätigen und Verantwortung Tragenden sehr zu empfehlen.

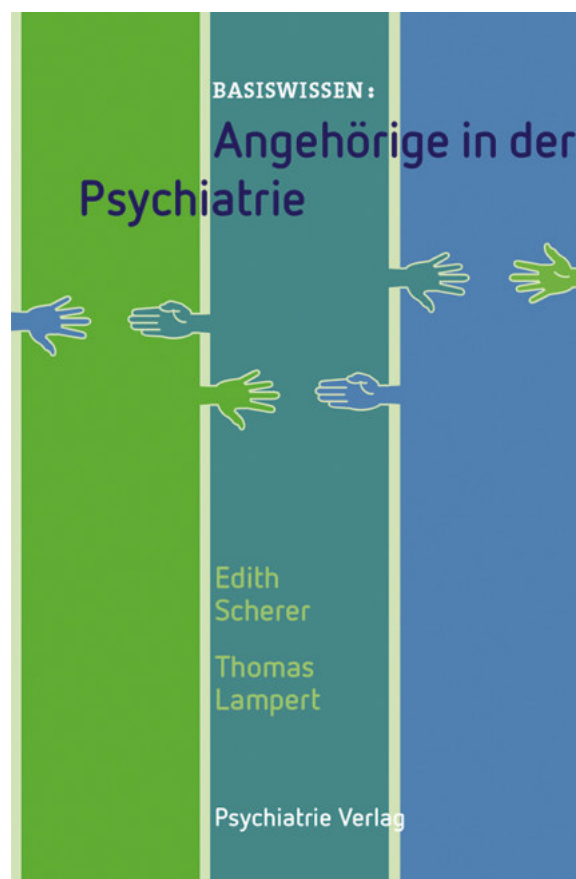
Dr. med. Werner Saameli

Ehrenmitglied der Schweiz. Gesellschaft für Sozialpsychiatrie
Ehem. Chefarzt Psychiatrische Dienste Thun

Film:
Scheinwerfer
Agenda
NAP
Familie
Fokus
www.angehoerige.ch
Buch
Psychiatrie
Netzwerk
Angehörigenarbeit

Basiswissen: Angehörige in der Psychiatrie

Von Edith Scherer und Thomas Lampert



152 Seiten

ISBN: 978-3-88414-638-5

Auflage: 1. Auflage 2017

Preis: CHF 26.90

Gute Angehörigenarbeit in der Behandlung

Gute Angehörigenarbeit lebt oft von der Initiative einzelner Personen. Selbst wenn die Angehörigenarbeit konzeptuell verankert ist und Standards bestehen – ohne engagierte Fachleute bleibt sie hohl. Gute Angebote, Massnahmen und Ideen entstehen oft aus eigenem Bedarf hinaus (bottom up). Die Erfahrung zeigt, dass sich Ideen anderer auch gut für den eigenen Arbeitskontext adaptieren lassen. Lesen Sie hier, was einzelne Mitgliederinstitutionen für Angebote umsetzen oder umgesetzt haben.



Entbindung der Schweigepflicht

Um sich mit Angehörigen austauschen zu können, muss der Umgang mit der Schweigepflicht geregelt sein. Die frühzeitige Erfragung der Entbindung beim Patienten gegenüber wichtigen Bezugspersonen ist angehörigengenehm. Dies als Voraussetzung, dass spontane Begegnungen möglich sind und unerwartete Anrufe angenommen werden können.

Angehörigenbriefe

In verschiedenen Kliniken, etwa den Kliniken Clenia Schössli oder Pfäfers, werden standardmässig Angehörigenbriefe versandt. Nach Entbindung der Schweigepflicht werden die angegebenen Angehörigen über das zuständige Behandlungsteam inklusive der Kontaktmöglichkeiten informiert und auf die ergänzenden Angebote für Angehörige hingewiesen. Zudem werden sie ermutigt, sich bei Fragen zu melden. Auswertungen in der Klinik Pfäfers (2017) zeigen, dass 77% der befragten Patienten einer Entbindung gegenüber Angehörigen zustimmen.

Einbezug von Angehörigen in die Behandlung

Ein frühzeitiger und durchgängiger Einbezug der Angehörigen in eine psychiatrische Behandlung kann als konsequente Berücksichtigung eines wichtigen therapeutischen Prinzips, dem Einbezug der sozialen Ebene verstanden werden (Hoff 2014). Die Frage nach Verantwortlichkeiten kann geklärt werden, was positive Auswirkungen auf die familiären Beziehungen nach dem Austritt hat.

Eine Einbeziehung der Angehörigen in die psychiatrische Behandlung ist eine logische Folgerung, mitunter auch, weil die Behandlungsergebnisse verbessert werden (Pitschel-Walz, Bäuml, 2004).

Die Einbeziehung findet auf verschiedenen Ebenen statt: in Alltagskontakten, in psychoedukativen oder anamnestischen Gesprächen sowie in therapeutisch orientierten Gesprächen. Dieser therapeutische Einbezug wichtiger Bezugspersonen eröffnet entwicklungs-fördernde Formen der Transaktion für alle Beteiligten.

Angehörigenabende in der Behandlung

Angehörigenabende werden beispielsweise in der Klinik Pfäfers vom Behandlungsteam organisiert. Angehörige sind zu einem Abendessen auf der Station eingeladen, im Anschluss werden im Gruppensetting auf einzelne Fragestellungen eingegangen und Hintergründe zum Behandlungskonzept vermittelt.

PSGN, Station A01/1 Angehörigen-Sprechstunde

Seit einigen Jahren ist die sogenannte Angehörigen-Sprechstunde als fester Bestandteil in die Behandlungsplanung unserer Patienten integriert als Dialog mit Patient, Angehörigen und Behandlungsteam.

Es kann von allen Seiten einfach Kontakt aufgenommen werden, unter anderem zur Klärung wichtiger Fragen im Sinne der Fremdanamnese. Beim Patienten kann sich ein Gefühl der Solidarität und Unterstützung entwickeln: „Ich bin nicht alleine mit meinen Problemen, erhalte Unterstützung bei wichtigen sozialen, persönlichen als auch medizinischen Fragen und Entscheidungen durch mein Umfeld.

Man interessiert sich für mich und meine Belange. „Wichtige Fragen und Unsicherheiten der engsten Vertrauten können besprochen und ein Krankheitsverständnis entwickelt, Schuldgefühle und -zuweisungen bearbeitet werden. Symptome können so richtig eingeordnet werden, diese etwa nicht als negative Charakterzüge missverstehen. Die Beziehung zur (Primär-, Sekundär-) Familie bleibt erhalten, was eine prognostische Bedeutung haben kann, indem sozial relevante Themen mit Familie, Beistand, Arbeitgeber besprochen und organisiert werden. In Abgrenzung zur Angehörigenberatung ist der Fokus eher auf den Patienten gerichtet. Die Angehörigen-Sprechstunde findet in einem Zeitrahmen von 30 Minuten statt.

Ansprechperson: Thomas Pauli, Oberarzt Erwachsenenpsychiatrie, Psychiatrie St.Gallen Nord

Gute Angehörigenarbeit in den Institutionen

Angehörigenberatungsstellen

Die psychiatrischen Institutionen im Verbund der Angehörigenberatungsstellen mit ausgewiesenen Stellenprozenten bieten Beratungen nach formalen Minimal-kriterien an, etwa, dass ein niederschwelliger kostenfreier Einstieg gewährt wird. Angehörigenbera-tungen können telefonisch oder bei einem Grossteil der Institutionen vor Ort stattfinden.

Weiterführende Infos: www.angehoerige.ch/informati-onfachleute/angehoerigenberatungsstelle

Angehörigenbrunch

Einladung an Angehörige zum Brunch an einem Sams-tagmorgen zum Austausch, gemütlichen Beisammen-sein, zur Vernetzung mit kurzem Inputreferat einer Fachperson. Der Angehörigenbrunch ist eine wertschätzende Geste für Angehörige und eine Möglich-keit, sich in einem andern Kontext kennenzulernen.

Ansprechperson: Edith Scherer, Angehörigenberatung Psychiatrie St.Gallen Nord

Psychoedukationsabende

„Gut zu wissen“, monatlich zu verschiedenen Krank-heitsbildern, mit Jahresplan. Die Abende vermitteln aktuelle Informationen zu psychischen Erkrankungen und bieten die Möglichkeit, Fragen zu diskutieren und andere Angehörige kennenzulernen.

Ansprechperson: Edith Scherer, Angehörigenberatung Psychiatrie St.Gallen Nord

Kurse für Angehörige

Im Angehörigenkurs stehen Informationen zu psychi-schen Krankheiten und deren Umgang im Vordergrund. Unter verschiedenen Titeln, in den Psychiatrie-Diensten Süd etwa „Wissen & Bewältigung“, finden Kurse zu Depression, Psychose / Schizophrenie, Demenz, „Belas-tung und Bewältigung“ sowie Recovery statt.

Ansprechperson: Edith Scherer, Angehörigenberatung Psychiatrie St.Gallen Nord, Thomas Lampert, Angehöri-genberatung St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd

Angehörigenabende

Monatlich zu einem mehrheitlich emotionalen Thema wie Schuld, Stigma, Selbstfürsorge. An den Angehöri-genabenden werden Belastungen, welche eine psychi-sche Erkrankung für die Angehörigen mit sich bringt, unter fachlicher Leitung diskutiert. Die Klinik Schützen (Rheinfelden) bietet das sogenannte „Forum für Angehörige“, bei dem Angehörige abteilungsübergreifend, inmal pro Woche ihre Fragen und Anliegen im geleite-ten Gruppensetting besprechen können.

Öffentliche Referate

Öffentliche Referate haben als Angebote für Angehö-rige in vielen Institutionen lange Tradition. Öffentliche Vortragsreihen, sind ein niederschwelliges Angebot, bei dem sich Betroffenen, Angehörige und Interessierte über Themen rund um die Psychiatrie informieren kön-nen mit der Möglichkeit, Fragen zu stellen.

Trialogische Tagungen

Die Sänstispsychiatrie-Tagung als trialogischer Anlass hat eine 18 Jährige Tradition. Ähnlich wie die Pirminsberger Gespräche, einem Gesprächsabend in der Klinik Pfäfers, sind Angehörige auch in der Arbeitsgruppe vertreten. Trialogische Tagungen sind ein Ort, an dem sich Fach-personen, Betroffenen und Angehörige in wertschät-zender Atmosphäre zu einem psychiatrierelevanten Thema austauschen. Vorträge und Diskussionsrunden werden von Betroffenen, Angehörigen und Fachperso-nen gleichermaßen gestaltet. Trialogische Anlässe sind hauptsächlich ausserhalb der Institutionen verbreitet.

Café TrotzDem

Niederschwelliger Treffpunkt und Begegnungsort für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen einmal pro Monat. Abwechselnd werden Fachinformationen oder musische Nachmittage organisiert.

Ansprechperson: Edith Scherer, Angehörigenberatung Psychiatrie St.Gallen Nord

Infogruppe Eltern minderjähriger Kinder

Monatlich eine Stunde dauernd für PatientInnen und PartnerInnen mit minderjährigen Kindern. Die Info-gruppe vermittelt Informationen und Beratung, welche die Teilnehmenden in ihrer Rolle als Eltern unterstüt-zen.

Ansprechperson: Edith Scherer, Angehörigenberatung Psychiatrie St.Gallen Nord

Elterngruppe

In der Elterngruppe der Psychiatrischen Universitätskli-nik Zürich steht die Sensibilisierung der Eltern für die eigene Erkrankung und deren Auswirkung auf die Kin-der im Vordergrund. Schuld und Schamgefühle werden abgebaut und adäquate Bewältigungsstrategien erlernt. Die Eltern sollen in ihren Elternkompetenzen gestärkt werden. Ziel ist, dass die Eltern mit ihren Kin-dern in kindgerechter Weise über die Erkrankung spre-chen und sie angemessen in der Bewältigung von Belastungssituationen unterstützen können.

Die Elterngruppe ist modular über sechs Abende als geschlossene Gruppe aufgebaut.

Ansprechperson: Irène Koch, PUK Zürich

Angehörigenarbeit im Fokus



Mit Freunden im Kontakt bleiben

Ich zog mich zunehmend zurück, war müde und nur noch für meine psychisch kranke Mutter da. Seit ich wieder mit meinen Freunden ausgehe, fühle ich mich mit dem Leben verbunden.

Beratung für Angehörige

Informationen erhalten Sie beim Empfang oder auf www.psych.ch



Um Hilfe fragen

Das Gespräch hat mir gezeigt, dass ich nicht alles alleine erledigen muss. Nun weiss ich, dass ich auf die Hilfe meiner Schwester zählen kann, wenn mein Mann depressiv ist.

Beratung für Angehörige

Informationen erhalten Sie beim Empfang oder auf www.psych.ch



RollUp's der St.Gallischen Psychiatrie-Dienste Süd



Tram-Aktion der stiftung rheinleben anlässlich der Eröffnung der Angehörigenberatungsstelle Basel



Fotos: Tobias Furrer

Tischkalender Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie



Eingangsbereich Psychiatrie St.Gallen Nord



Postkarte Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie

Angehörigentagung 6. April 2019



Angehörigenarbeit in der Psychiatrie ist ein wichtiger Bestandteil in der psychiatrischen Versorgung und aus einer modernen, fortschrittlichen Psychiatrie nicht mehr wegzudenken. In ihrer täglichen Arbeit begegnen psychiatrisch Tätige den Angehörigen in ganz unterschiedlichen Rahmen. Angehörige in einer stationären Behandlung haben andere Fragen und Bedürfnisse als Angehörige ohne Ansprechperson im Therapiekontext.

Anlässlich des 10-jährigen Bestehens der Angehörigenberatungsstellen der St.Gallischen Psychiatrie-Dienste Süd organisiert das Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie in Kooperation mit den St.Gallischen Psychiatrie-Diensten Süd eine Tagung für Angehörige von Menschen mit einer psychischen Erkrankung.

An der Tagung werden unterschiedliche Aktionsfelder in der Angehörigenarbeit genauer betrachtet, Einblick in verschiedene Behandlungsrahmen gewährt und Begegnungen mit andern Angehörigen ermöglicht, um gemeinsam verschiedene Fragestellungen zu diskutieren. In Parallelveranstaltungen, sogenannten Workshops, am Nachmittag besteht die Möglichkeit, Themen zu vertiefen und sich mit anderen Tagungsteilnehmenden auszutauschen. Musikalisch wird die Tagung begleitet durch ein Projekt der Musiktherapeutin Karin Hellemann in Zusammenarbeit mit ehemals Betroffenen.

Für die Bekanntmachung der Tagung in Ihrem Arbeitsbereich bedanken wir uns. Das Programm als PDF können Sie auf www.angehoerige.ch downloaden.

Informationen

Die Tagung findet in der Klinik St.Pirminsberg Pfäfers statt. Die Tagung sowie das Mittagessen sind kostenfrei, Anmeldeschluss ist der 30. März 2019.

Eine ausführliche Beschreibung der Parallelveranstaltungen ist unter www.angehoerige.ch zu finden. Der Anlass richtet sich vorrangig an Angehörige. Wenn Fachleute oder Angehörige den Anlass gemeinsam mit der erkrankten Person besuchen möchten, ist dies ebenfalls möglich.

Auskunft

Thomas Lampert, Telefon 081 303 63 21
E-Mail thomas.lampert@psych.ch

Veranstaltungsort

St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd, Klinik St.Pirminsberg, Klosterweg 1, 7312 Pfäfers

Programm

- | | |
|-----------|---|
| 8.45 Uhr | Eintreffen, Willkommenskaffee |
| 9.15 Uhr | Begrüssung |
| 9.40 Uhr | Impulsreferate |
| | Edith Scherer, Angehörigenberaterin PSGN
« Darüber reden hilft - Individuelle Angehörigenberatung als umfassende Hilfestellung für das gesamte Umfeld » |
| | André Böhning, Dr. theol. Kath. Seelsorger PSGN
« Wenn man nicht mehr kann - Von emotionalen Zwickmühlen der notwendigen Abgrenzung » |
| | Thomas Lampert, Koordinator Prävention & Angehörigenarbeit PDS
« Unerhörte Angehörige » |
| 11.45 Uhr | Mittagspause |
| 13.00 Uhr | Sibylle Glauser, lic. phil. Angehörigenberaterin UPD
« Von der Betroffenheit zur Abgrenzung – ein Erfahrungsbericht » |
| 13.30 Uhr | Parallelveranstaltungen |
| | Anita Biedermann, lic. iur. Leiterin Recht PMS
Renata Bleichenbacher, Peer-Dozentin PDS
① « Psychiatrische Patientenverfügung - Unterstützung und Grenzen » |
| | Elisabeth Gross, Kunsttherapeutin PDS
Karin Hellemann, Musiktherapeutin PDS
② « Kreativ sein – längst vergessen? Wir experimentieren mit Klang und Farben. Herzlich willkommen bei den Kreativtherapien! » |
| | Janis Brakowski, Dr. med. Oberarzt PUK
Sibylle Glauser, lic. phil. Angehörigenberaterin UPD
③ « Angehörige in die Behandlung einbeziehen » |
| | André Böhning, Dr. theol. Kath. Seelsorger PSGN
④ « Gute Grenzen setzen » |
| | Elisabeth Krättli, Angehörigenberaterin PDS
Michael Kammer-Spohn, med. prakt. Leitender Arzt Allgemeinpsychiatrie PDS
⑤ « Was ich schon immer mal fragen wollte » |
| 15.00 Uhr | Podiumsdiskussion |
| 15.55 Uhr | Schlussworte und Verabschiedung |



Tagung

Angehörigentagung

Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie in Kooperation mit den St.Gallischen Psychiatrie-Diensten Süd
6. April 2019 in der Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers

PSY-Kongress 2019

Psychische Gesundheit - Schule - Arbeit

Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP
4. September bis 6. September 2019 im Kursaal Bern

Fachtagung

Suizidalität - Suizid

Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie in Kooperation mit der Integrierten Psychiatrie Winterthur Zürcher Unterland
22. November 2019 in der Klinik Schlosstal Winterthur

Weitere Hinweise zu Fachveranstaltungen sowie Veranstaltungen für Angehörige finden Sie auf der Homepage des Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie. Institutionen können ihre Angebote im Bereich der Angehörigenarbeit auf unsere Homepage hochladen.