

Sozialpsychiatrisches Kolloquium
Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern igs
10. Juni 2021

Ohne Angehörige geht gar nichts. Warum Angehörige ein essenzieller Bestandteil (akut) psychiatrischer Behandlungen sind. - am Beispiel des Weddinger Modells

Dr. Lieselotte Mahler
Chefärztin Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie I
lieselotte.mahler@tww-berlin.de

Krise - Krankenhaus

wēi jī Krise

危机

危 wēi, Gefahr ▪ 机 jī, Chance

Krankenhaus



Gefahr

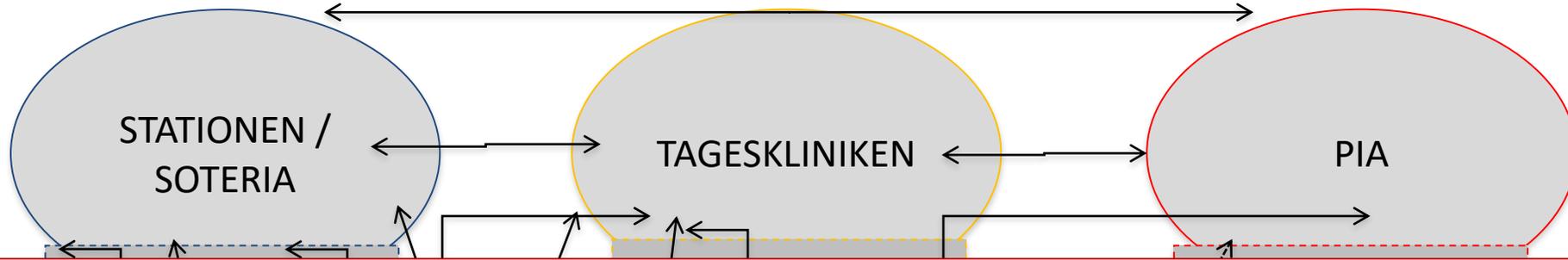
Chance

Krisenfreundliches Krankenhaus



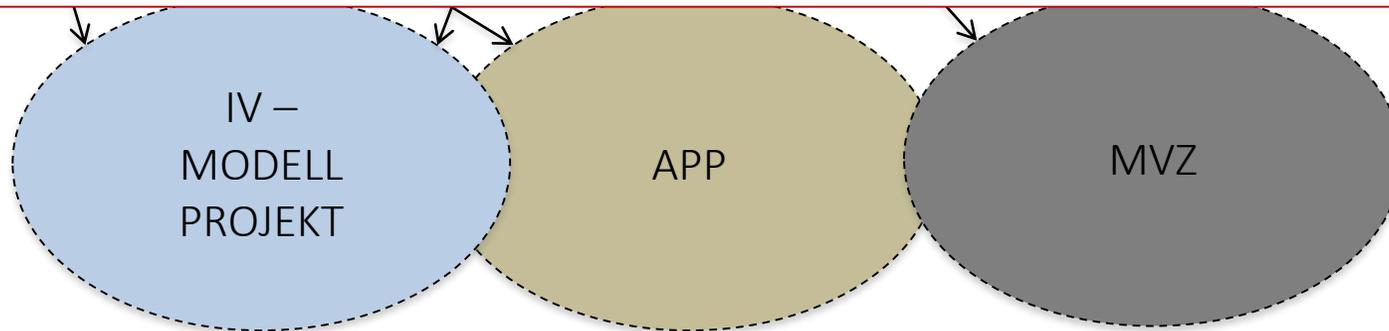
- **Konsequente Veränderung innerer und äußerer Strukturen**

Krisenfreundliches Krankenhaus



Übergeordnete Ziele:

- I. Eine flexible individuelle bedürfnisausgerichtet Therapie
- II. „Nicht-Psychiatisierung“ (weder stationär noch ambulant!)



Komplett
Bereich

Zahlreiche Spannungsfelder in der psychiatrischen Behandlungspraxis:

- Selbstbestimmung versus Zwang
 - Autonomie versus Betreuung
 - Psychische Erkrankung versus seelische Gesundheit
 - Hoffnung versus Chronifizierung
 - Ziele versus Unmöglichkeiten
- In der Praxis nicht negieren oder bagatellisieren, sondern Widersprüche benennen und bestehende Grenzen von Möglichkeiten aufzuzeigen
- Andererseits die Fülle von Möglichkeiten in diesen Spannungsfeldern zu nutzen, wenn man diese Punkte nicht als sich ausschließende Dichotomien versteht, sondern als Gleichzeitigkeiten, die (zumindest zeitweise) bestehen können.

- Kern von **Selbstbestimmung und Teilhabe** ist Entscheidungen treffen zu können/dürfen mit dem Recht der Risiko – und Verantwortungsübernahme.
- Im Psychiatrischen Kontext ist die Frage „Wer fällt die Entscheidungen?“ extrem verbunden mit den Fragen:
 - Wer trägt die Verantwortung? (> verbunden mit Macht, Hierarchien)
 - Wer trägt das Risiko? (> verbunden mit Angst)

Entscheidungsfindungsprozesse:

➤ Ebenen:

- interprofessionell (Berufsgruppen / Hierarchien)
- Triologisch: Team mit Patient mit Bezugspersonen

➤ Strukturen:

- Transparenz und Partizipation?
- Raum für Prozesshaftes?

➤ Haltung:

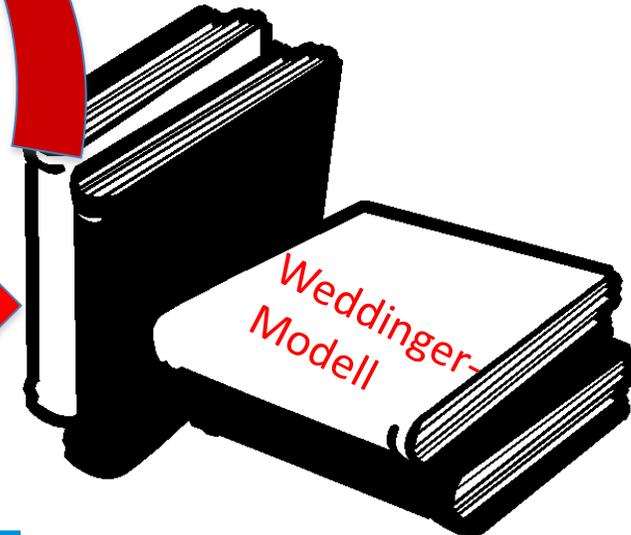
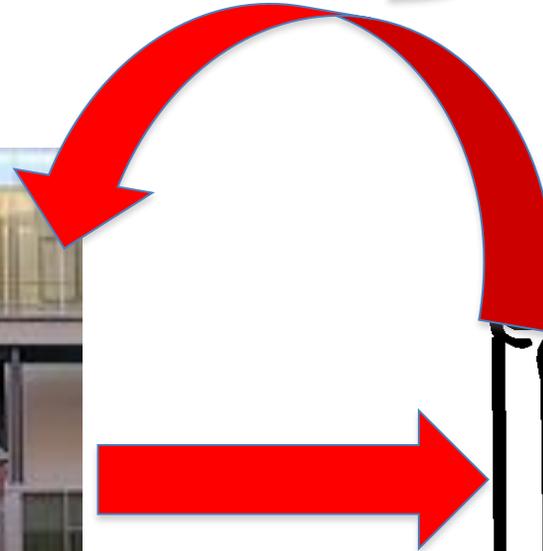
- ist Transparenz und Partizipation in allen Ebenen getragen/gewünscht?

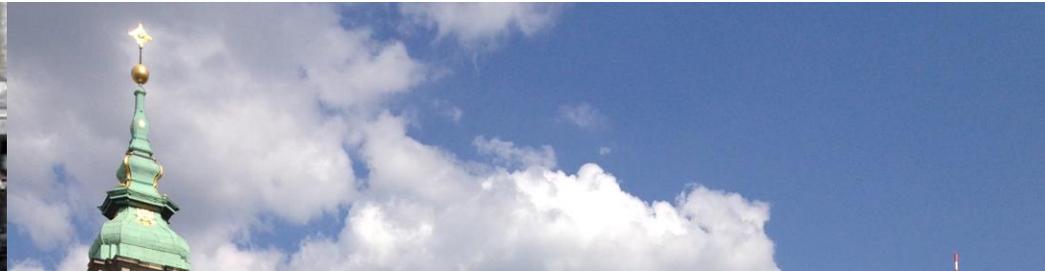
Warum „Weddinger-Modell“?

Konzept aus **Weddinger Abteilung**:

- Erfahrungen und Potential auf den Stationen
- Weddinger Patientenlientel

} Konzeptentwicklung





Der Weg nach Mitte



Karl-Bonhoeffer Nervenklinik Abteilung
Wedding West + Wedding Ost
(2000 – 2001)



Krankenhaus Moabit
Abteilung Tiergarten + Abteilung Wedding
(2001 -2007)



Die neue Psychiatrie im Zentrum der Stadt Umzug im Mai 2007



Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie im TWW



Theoretische Vernetzungen

Recovery-Konzept

Ex-IN / Peers

Bedürfnisangepasste
Therapie

Weddinger Modell

Empowerment

Salutogenese

Trialog

.....

Recovery und Empowerment:

Datenlage: Empowerment, die Förderung der Selbstermächtigung, ein wesentlicher Bestandteil der recoveryorientierten Arbeit (Knuf et al. 2007)

Top-Ten der Einwände im Berufsfeld gegen Recovery (Amering und Schmolke 2007):
Veränderungen der Machtverhältnisse im Zuge der Transformation des Psychiatriesystems (Davidson et al. 2006)

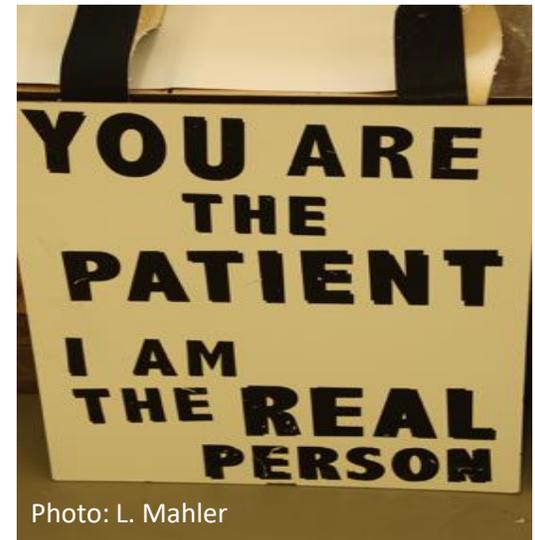
Eva Straub (Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker) 2012:
Konflikt, dass Angehörige einerseits ein selbstständiges Leben für den Erkrankten ersehnen, aber gleichzeitig die Selbstbestimmung fürchten.

Was meint Teilhabe?

Nach der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung (CRPD):

„Menschen, die langfristig körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen (einstellungs- und umweltbedingten Präambeln) Barrieren an der vollen wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern (Art. 1. Abs. 2 CRPD)

Haltung und Strukturen



Inklusion:

- vs. Integration: fordert die Anpassung der betroffenen Person an die Strukturen
- die Anpassung der Strukturen an die Bedürfnisse des Menschen

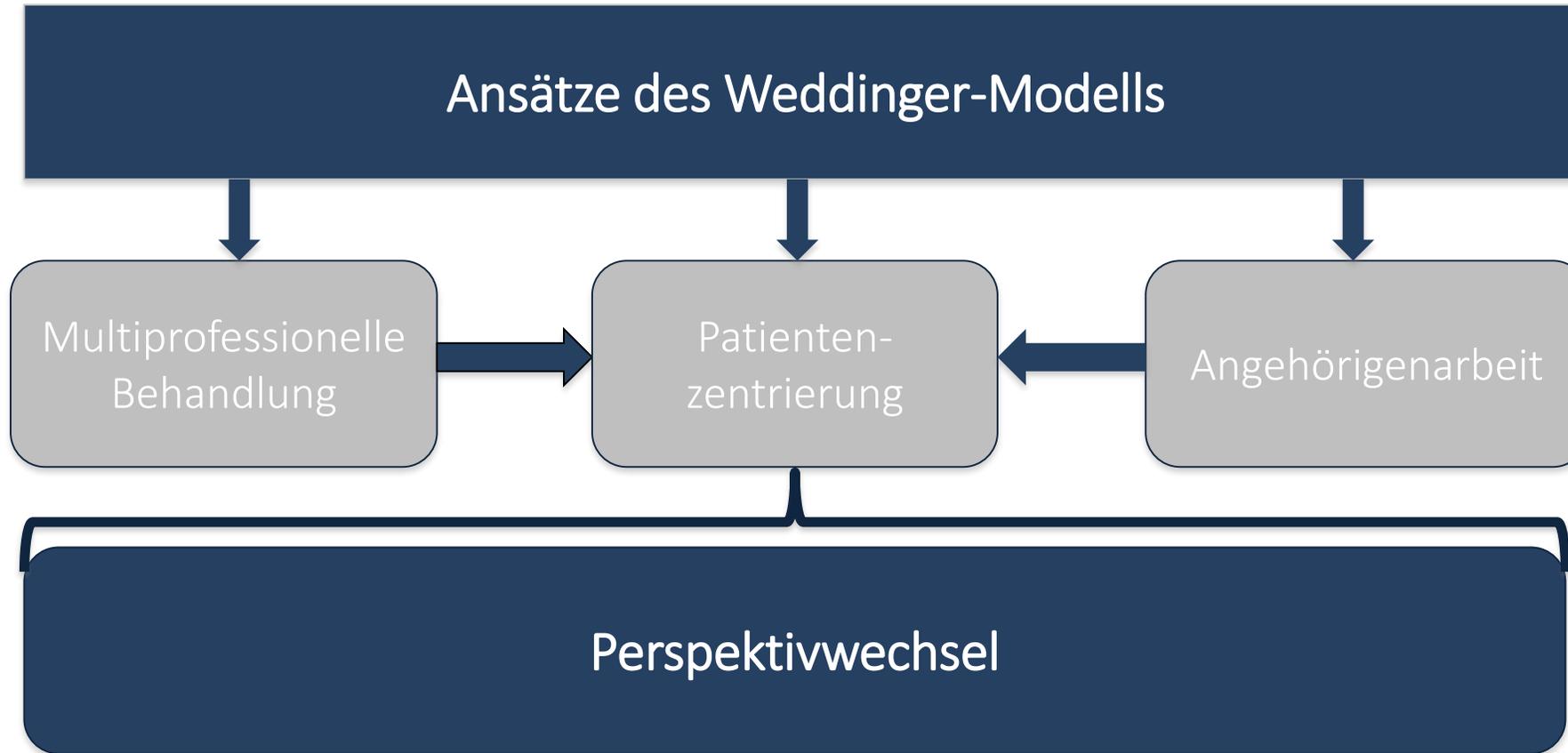


Bedeutung für die Psychiatrie:

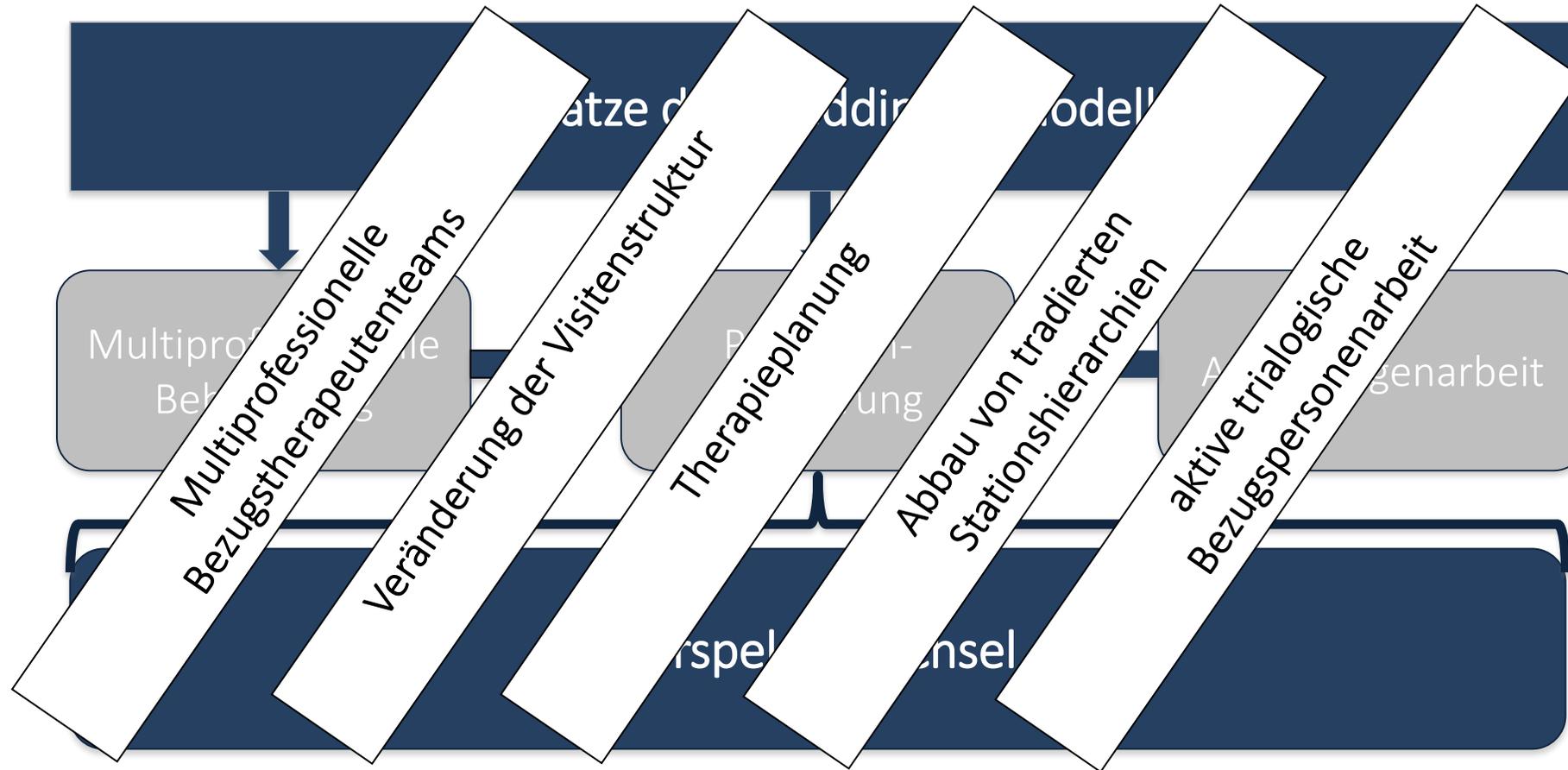
- Normalisierung der psychiatrischen Situation
- Konsequente Transparenz und Partizipation
- Förderung und Zutrauen von Selbstbestimmung
- Sinnvolle (!) geteilte Risiko- und Verantwortungsübernahme

„Würde des Risikos“
(Pat Deegan)

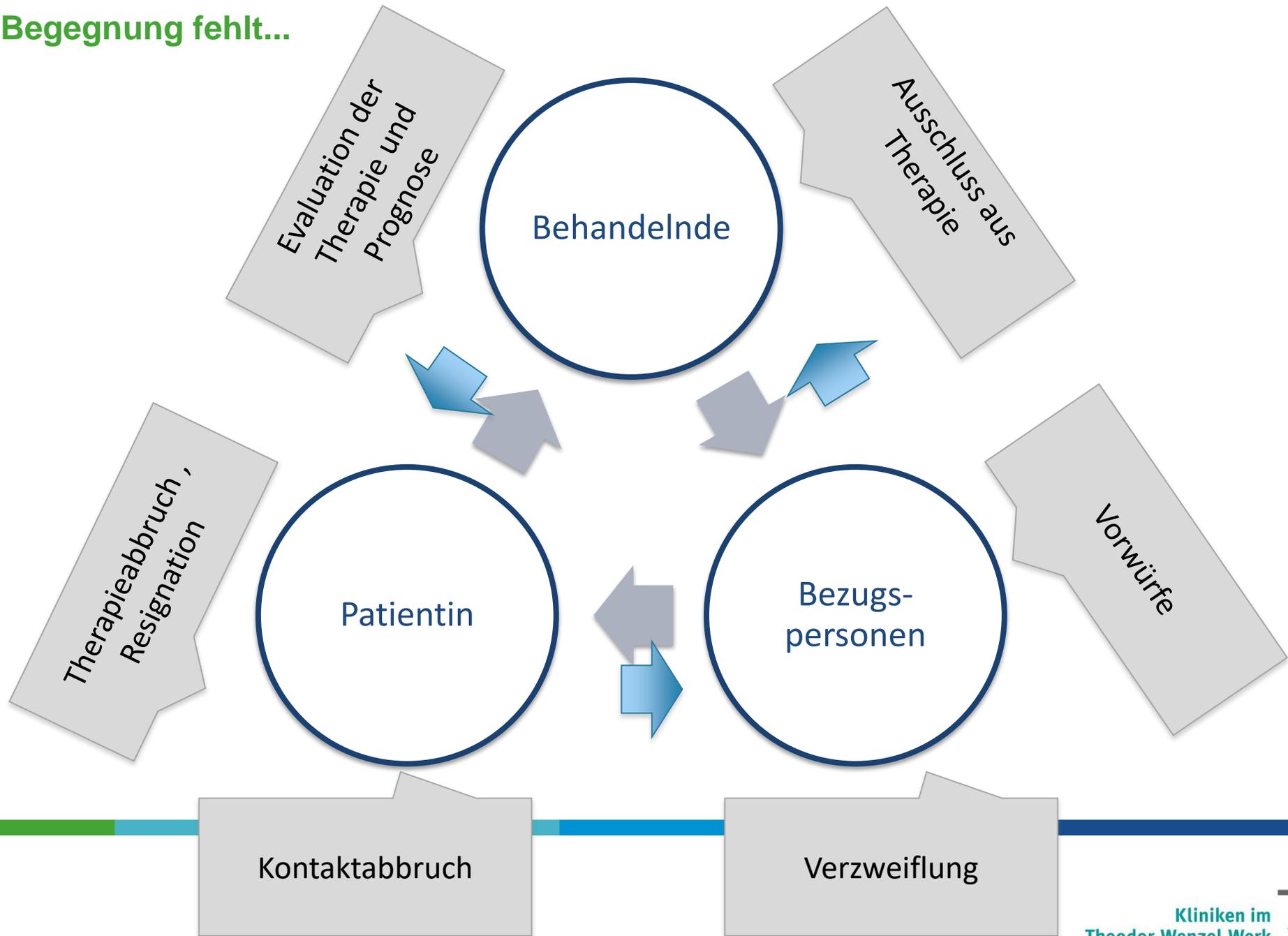




Zielsetzung: Weddinger Modell



Wenn triadische Begegnung fehlt...



Wirkungen und Nebenwirkungen

- triadische Therapieplanung und –ausrichtung in in Effektivität und Nachhaltigkeit den rein „vorgeschriebenen“ Therapien überlegen sind.
- Gratwanderung: keine falschen Versprechungen, unrealistische Behandlungsziele oder Omnipotenzfantasien der Behandelnden
- Gefahr: Erwecken falscher Hoffnungen > Spirale der Hoffnungslosigkeit mit Versagensgefühlen sowohl bei den Betroffenen und ihren Bezugspersonen als auch bei den Behandelnden selbst.

- dialogische Therapieplanung und –ausrichtung in in Effektivität und Nachhaltigkeit den rein „vorgeschriebenen“ Therapien überlegen sind.

Cave: Wie Menschen und deren Angehörige ihre Erkrankung bewerten hängt entscheidend davon ab, was vom therapeutischen Team suggeriert wird!

- Gefahr: Erwecken falscher Hoffnungen > Spirale der Hoffnungslosigkeit mit Versagensgefühlen sowohl bei den Betroffenen und ihren Bezugspersonen als auch bei den Behandelnden selbst.

AUFNAHMENAH

Konzentration auf Ressourcen und Bedürfnisse

- Verknüpfung mit Therapieangeboten
- prioritäre Förderung bestehender eigener Strategien und ambulanter Strukturen

Fokus auf individuelle und konkrete Ziele

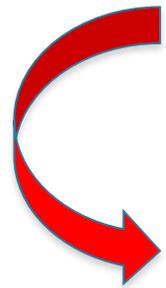
- Konsensfindung mit Festlegung + Dokumentation gemeinsamer Ziele

ENTLASSUNGSNAH

- Bezug auf vorhergegangene Therapieplanung
- Konzentration auf Feedback offene Fragen, ambulante Situation und evtl. Nachbehandlung
- ermöglicht Korrektur, bewusste Entlassungsplanung und Einschätzung des Therapieerfolges

„defizitärer-paternalistischer Behandlungsansatz“:

- psychiatrische Diagnose dominiert die Sicht auf der Patientin
- Behandlungsziele werden stark an diagnostischen Kategorien (Symptomreduktion) ausgerichtet
- Behandlungsziele und Therapieelemente werden in Therapiebesprechungen und Visiten festgelegt



Häufig divergent zum **Selbsterleben** der Patientin und ihre **Wünsche** und **Ziele** an die psychiatrische Behandlung.

Fazit: vermeidbare Widerständen, Passivität und Selbststigmatisierung bei der Patientin

„defizitärer-paternalistischer Behandlungsansatz“:

- Das „Außen“ (Lebensumfeld) wird zu wenig ins „Innen“ (psychiatrische Station) geholt: ausgestanzten Wahrnehmung des und ggf. Fehleinschätzung seiner gesundheitlichen Situation.
- Hieraus kann resultieren, dass die Stabilisierung des Patienten im stationären Setting zum primären Ziel wird, aber der Bezug auf seine Lebenswelt oder seine Probleme im Alltag unzureichend ist.

Gefahr: Stabilisierung im stationären Rahmen > Destabilisierung im sozialen Umfeld

Bezugspersonen: aktiv trialogisch

- Angehörige: durch Patient*in definiert -> **Bezugspersonen**
- Aufbau einer trialogischen Arbeitsweise
- **aktive** Einbeziehung der Bezugspersonen
- Beziehungsaufbau durch Mehrfachangebote an Patient und Bezugspersonen
- Anwesenheit und Ansprechbarkeit von **Angehörigen-Peers**
- **Netzwerkgespräche** (innerhalb und außerhalb der Klinik)
- Maximale **Transparenz**:
 - jede Visite = Angehörigenvisite
 - Trialogische Verständigung über Therapieprozess und – ziel

„Psychiatrie ist trialogische Psychiatrie – oder sie ist keine Psychiatrie.“ (Margret Osterfeld)

- Der Begriff „Trialog“ hat sich aus den Psychoseseminaren von Dorothea Buck und Thomas Bock (1989) entwickelt
- Trialog bedeutet im Ursprung ein gleichberechtigtes Gespräch der drei Gruppen – Psychose-Erfahrene, Professionelle und Angehörige
- Ziele: Konstellation wirkt ausgleichend, Vorurteile werden entkräftet, neue Perspektiven eröffnet, gegenseitiges Austauschen und Verstehen
- Einige der ursprünglichen Kriterien des Trialogs sind im stationären Setting nicht umzusetzen (z.B. Begegnung an einem „neutralen Ort“, „Beteiligung aus ureigenstem Interesse“, „Therapie ohne Absicht“)

- Zwangsläufige Abwandlung des Trialogs im stationären Kontext
- Trialogische Ausrichtung des psychiatrischen Verstehens, Denkens und Handelns darf aber keinesfalls vor stationären Strukturen Halt machen

Im Weddinger Modell:

- Konsequente und aktive Einbeziehung aller für die Patient*innen wichtigen Bezugspersonen in die Behandlung
- Einnehmen und Berücksichtigen ihrer Perspektive durch die Behandelnden
- Angebot eines geschützten und moderierten Rahmens für Beziehungskonflikte
- Trialogische Prozessbegleitung von Trennungen, Verlust, Trauer, Sich-wieder-begegnen, Neuanfang etc.

„Wie und in welchem Umfang Menschen in Kontakt zu anderen sein wollen, ist individuell. Eine Norm, in welcher Qualität und Quantität Kontakte und Beziehungen zu sein haben, kann es daher nicht geben. Wohl aber sollten potenziell *funktionale und dysfunktionale Anteile von Beziehungen in den Therapien besprochen werden.*“ (Mahler et al. 2014)

Trialog-Aufbau:

- Bereits bei **Behandlungsbeginn** werden Fragen nach **Quantität und Qualität von sozialen Kontakten** gestellt sowie Unterstützung bei **Kontaktaufnahmen** durch die Behandelnden angeboten
- **Systemisch-kontextuelle wie auch psychodynamische Beziehungsaspekte** werden von Anfang an in das multiprofessionelle Gesamtbehandlungskonzept integriert
- Es gilt anzuerkennen, dass auch Beziehungen, die von außen betrachtet kompliziert, instabil und widersprüchlich wirken, für die Patient*innen eine **Stabilität** darstellen können
- Mit hoher **Sensibilisierung für mögliche Überforderungen** bzw. dysfunktionale /destabilisierende Konstellationen und in enger Absprache mit der Patientin erfolgt eine aktive und konsequente Einbeziehung der Bezugspersonen in die Behandlung
- Es gilt anzuerkennen, dass die **psychiatrische Situation eine besondere** ist, in der Patient*innen wie auch ihre Bezugspersonen Zeit und Beratung benötigen, um Vertrauen aufzubauen und sich darin zurechtzufinden

Grundhaltung im Trialog:

- Die Trialog-Beteiligten sollten eine sich respektierende, offene, wertschätzende Grundhaltung einnehmen; diese kann in vorbereitenden Einzelgesprächen erarbeitet werden
- Die Behandelnden führen das Gespräch moderierend und empathisch mit dem Ziel, ein Verstehen der jeweiligen Positionen möglich zu machen

Ziele des Trialogs:

- Förderung und Stabilisierung konstanter Beziehungen sowie Verhinderung (zusätzlicher) Verlusterfahrung und von Isolierung
- Benennung der gegenseitigen Erwartungen, Enttäuschen, Verletzungen, Überforderungen, aber auch Stärkung, Vermittlung von Sicherheit und Unterstützung
- Therapeutische Begleitung bei schwierigen Erlebnissen wie Verlusterfahrungen, Trauer und Trennungsprozessen
- Entwicklung von Handlungs- und Problemlösestrategien
- Entlastung der Bezugspersonen und Einbezug ihrer Wünsche an die Behandlung in Abstimmung mit den Erwartungen und Bedürfnissen der Patient*innen
- Empathische und ausführliche Beratung, Information und Aufklärung bezüglich Erkrankung(sprozessen) und Therapien
- Erstellung eines trialogischen Krisenplans

Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie – “Dirty Work“

- Selbstzuschreibung der Ausübenden (Hughes 1993)
- Tätigkeiten, die dem Selbstverständnis der psychiatrischen Tätigen zuwiderläuft (R.E. Emerson & M. Pollner 1976), v.a. weil sie nicht als therapeutisch verstanden werden können (A. Strauss 1997)
- Maßnahmen, bei denen die Intimsphäre der Betroffenen durchbrochen wird (Hoffmann-Richter / Keller 2001)
- Mit schwerwiegenden negativen Konsequenzen für alle Beteiligten verbunden (z.B. gesundheitliche Folgeschäden, höhere Wiederaufnahmeraten) (L. Mahler et al. 2014; U. Hoffmann-Richter 2004)

Studienlage: Entscheidungsfindung und Zwangsmaßnahmen

- Personal sieht Psychopathologie als den entscheidenden Faktor für Aggression
- Patienten sehen Umfeldfaktoren (Regeln, Kommunikation mit Personal) als entscheidend (Vrijland 1998; Ilkiwe-Lavalle 2003)
- Personal-, Patienten- sowie Organisationsfaktoren spielen alle eine Rolle im Entscheidungsfindungsprozess über Zwangsmaßnahmen (Laibo 2012), z.B.:
 - Personalschlüssel und Ausbildungsstand Personal (Morisson 1990)
 - Schichtzeiten oder Geschlecht des Personals (Klimitz et al. 1998)
- Dramatische Variationen in der Handhabung, die wenig mit den Merkmalen der betroffenen Patientengruppen zu tun haben (Ray et al. 1996)

(L. Mahler et.al. 2015; B. Hemkendreis 2012)

- Chance auf einen Vertrauens- und Beziehungsaufbau trotz Behandlung gegen den Willen: ***umsichtiger, authentischer Abwägungsprozess*** unter Einbezug aller Aspekte, Optionen und Teilhabenden
- Patienten erleben ***Zwang als rein willkürlich*** und anhaltend traumatisierend, wenn diese Abwägungsprozesse nicht stattgefunden haben oder nicht transparent gemacht werden
- Die ***Nachvollziehbarkeit*** dieser Entscheidungs- und Abwägungsprozesse ist für den ***Erhalt / Aufbau der therapeutischen Beziehung*** ausschlaggebend

Fazit

Weddinger Modell in Forschung und Praxis

Standardisierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen auf psychiatrischen Akutstationen: Ergebnisse einer Pilotstudie

Standardized Debriefing of Coercive Measures on Psychiatric Acute Wards: A Pilot Study

Autoren

Alexandre Wullschleger, Angelika Vandamme, Jennifer Ried, Mara Pluta, Christiane Montag, Lieselotte Mahler

Institut

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Campus Mitte (PUK Charité im SHK), Charité – Universitätsmedizin Berlin

Schlüsselwörter

Zwangsmaßnahmen, Nachbesprechung, subjektiver Zwang, Prävention

Keywords

coercive measures, debriefing, subjective coercion, prevention

Bibliografie

DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0051-6812>

Methodik Nach Durchführung von 12 Nachbesprechungen wurden teilnehmende Patienten und Mitarbeiter mittels eines selbstentwickelten Fragebogens mit quantitativen und qualitativen Fragen sowie qualitativer Experten-Interviews befragt.

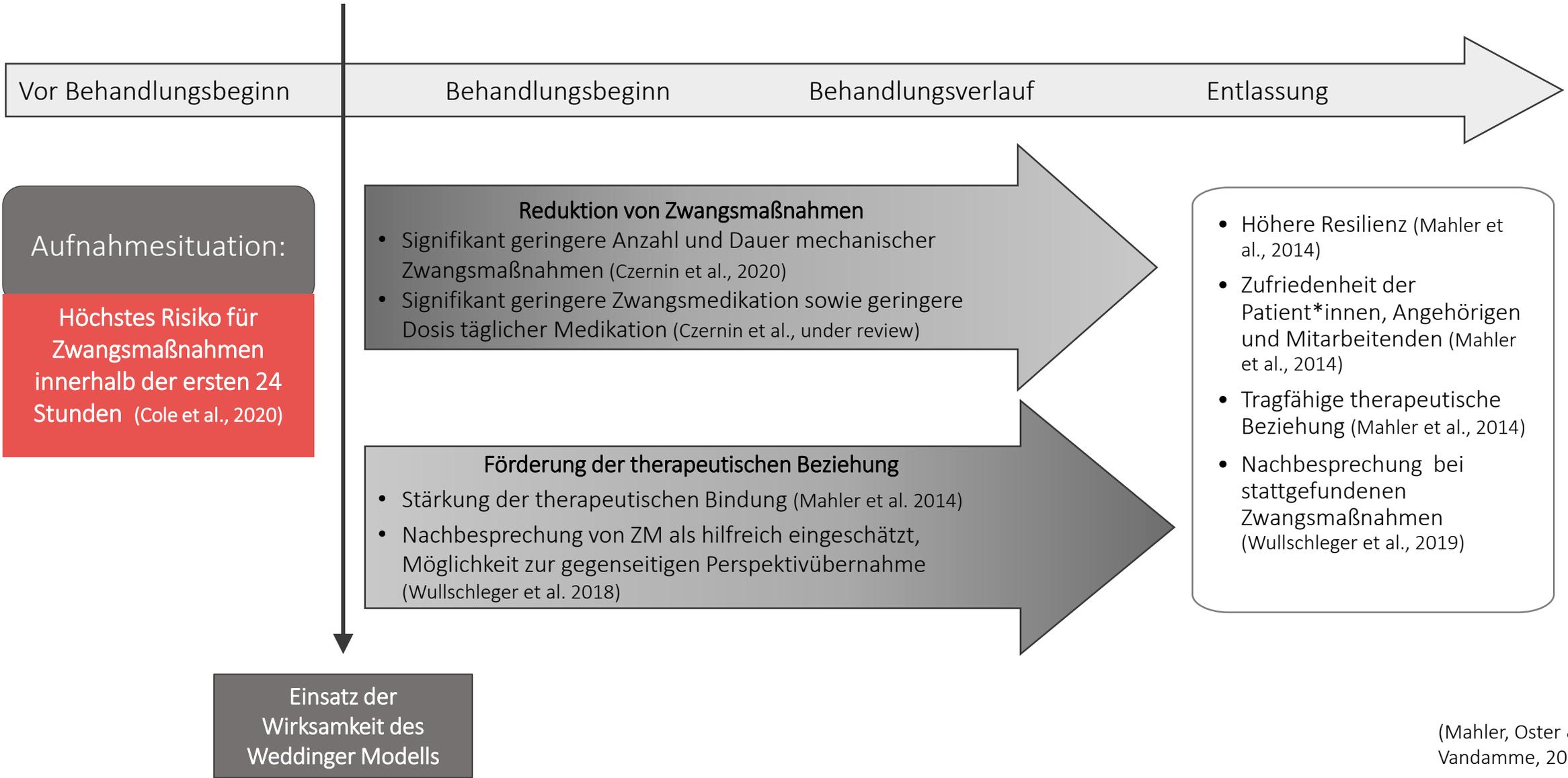
Ergebnisse Die Intervention wurde von allen Befragten als hilfreich erlebt, insbesondere um die therapeutische Beziehung zu fördern. Der Zeitpunkt des Gesprächs sollte individuell gewählt werden.

Schlussfolgerung Der Leitfaden eignet sich zur Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen.

ABSTRACT

- Hilfreich
- Geeignet
- Moderation wichtig
- Richtiger Zeitpunkt?

Psych. Praxis. Sep 2018



Strukturveränderungen im Weddinger Modell

- Implementierung Weddinger Modell Dez. 2010 in der gesamten Versorgungsklinik Wedding
 - Veränderungen aller Klinik-Strukturen hinsichtlich Partizipation und Transparenz
 - Individualisierte Therapieplanungen und Visiten
 - multiprofessionelle Behandlerteams
 - Trialog
 - Flexibilität des Settings bei Behandlerkontinuität
 - Offene Türen aller APs 70 -80 %
 - Genesungsbegleiter und Angehörigen-Peer in Teams der APs (seit 2013)
 - Recovery statt Psychoedukation

- bis heute regelmäßige Schulungen und Evaluierung

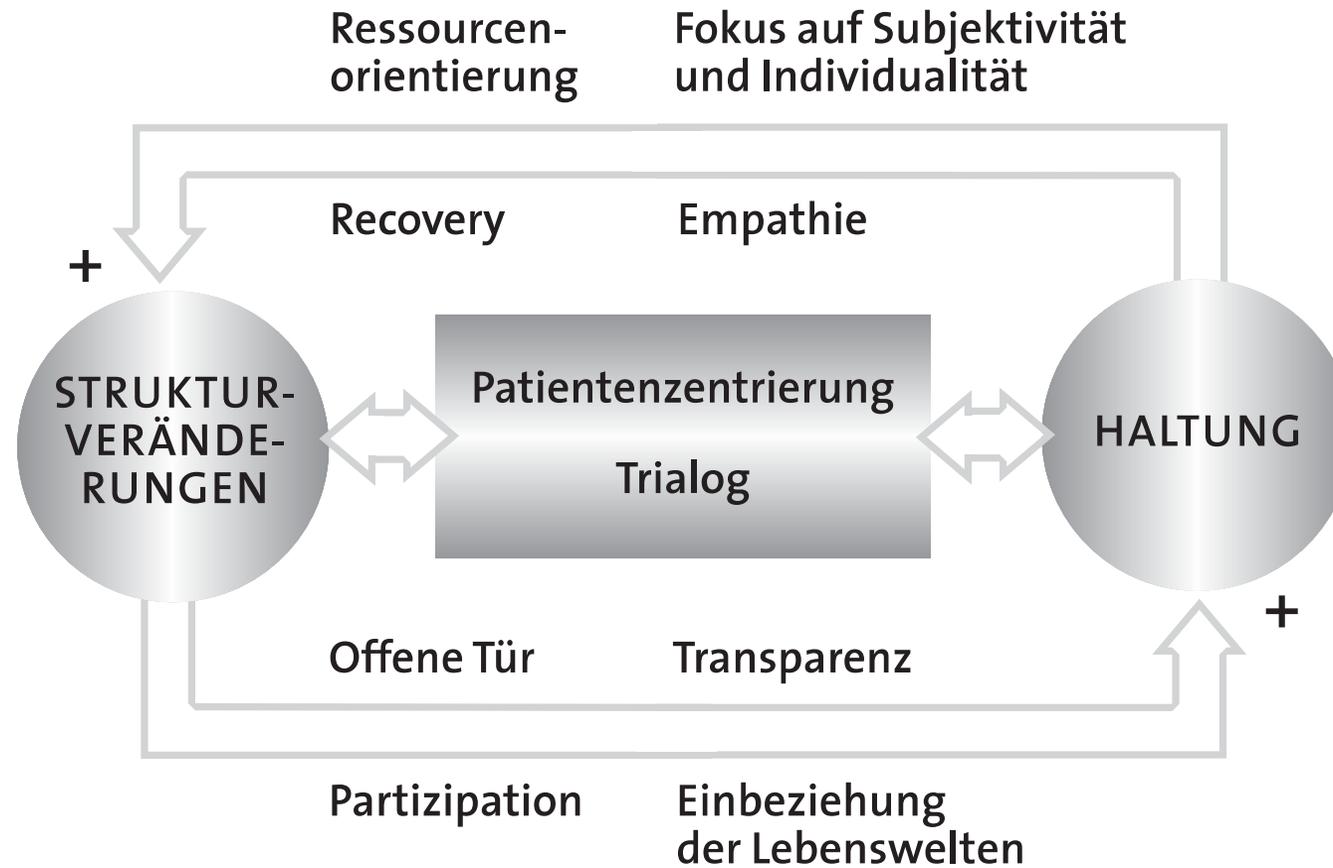
L. Mahler et al 2013 Psychiatrie Verlag & L. Mahler et al 2019 Nervenheilkunde

Die Erfahrungen mit dem Weddinger Modell

Eine auf Partizipation, Transparenz und Recovery ausgerichtete Psychiatrie ermöglicht:

- Das Vorkommen von Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen in Häufigkeit und Dauer auf ein absolutes Minimum zu reduzieren
- ohne sich der Verantwortung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu entziehen und
- ohne ihnen die Verantwortung für sich selbst abzusprechen

Weddinger Modell: Strukturen und Haltung – positive Wechselwirkung

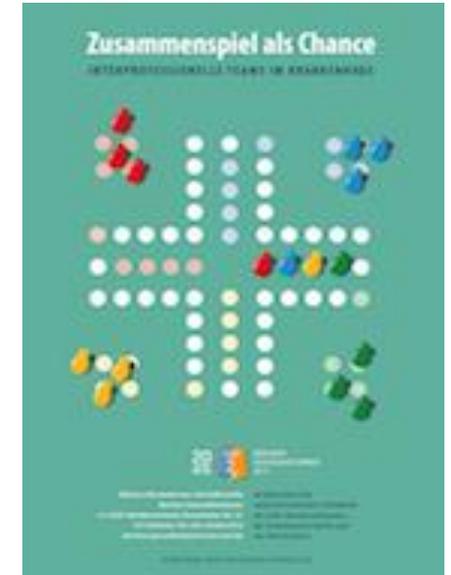


L. Mahler et al. 2014

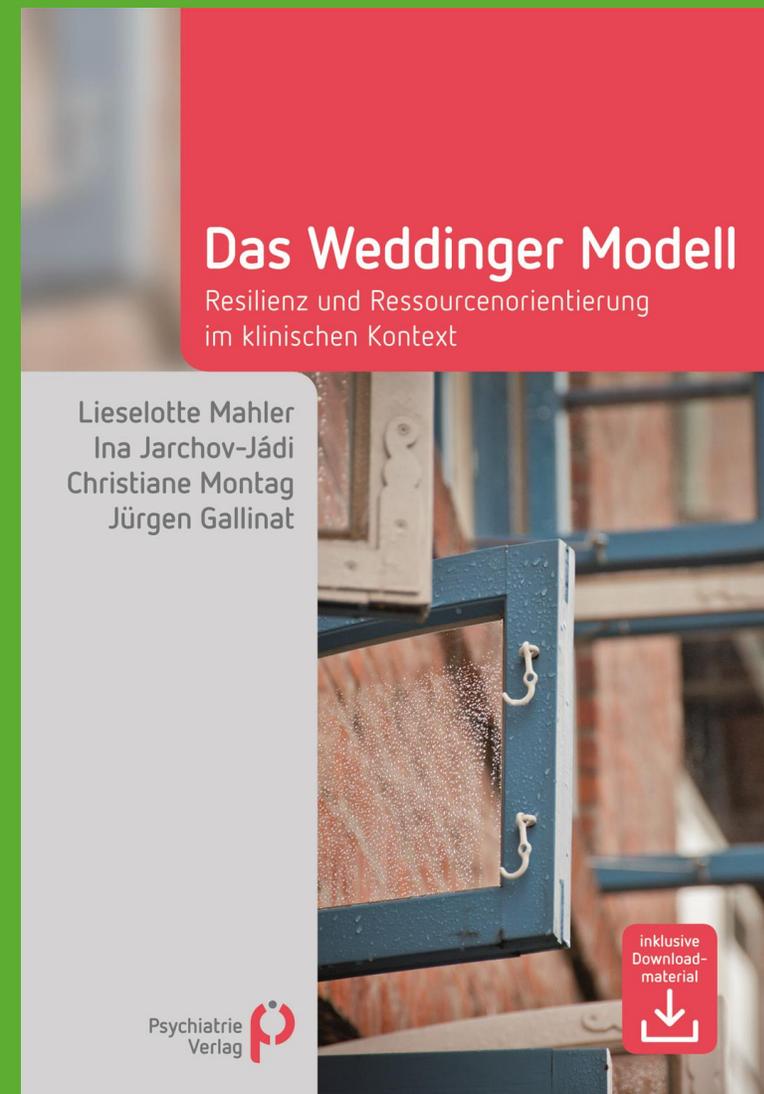
Bundesweiter Innovationswettbewerb – Berliner Gesundheitspreis 2015 „Zusammenspiel als Chance“

„Ein Best-Pratice-Modell der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwigs-Krankenhaus konnte die Jury überzeugen und den ersten Preis erringen. Das "Weddinger Modell" beinhaltet ein psychiatrisches Behandlungskonzept, das ausgehend von der Lebenslage des Patienten individuelle Behandlungslösungen entwickelt. Ganz bewusst umgeht man dabei tradierte Zusammenarbeitsstrukturen und Krankenhaushierarchien und setzt stattdessen auf eigens zusammengestellte Teams von Bezugstherapeuten. Ihre Kompetenzen werden aufgewertet und gestärkt....“

1. Preis "Das Weddinger Modell" - Psychiatrie



Danke für Ihre Aufmerksamkeit!



Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk

Potsdamer Chaussee 69 | 14129 Berlin
(030) 8109-0 | linik-info@tww-berlin.de | www.tww-berlin.de

- Czernin, K., Bempohl, F., Heinz, A., Wullschleger, A. & Mahler, L. (2020). Auswirkungen der Etablierung des psychiatrischen Behandlungskonzeptes „Weddinger Modell“ auf mechanische Zwangsmaßnahmen. *Psychiatrische Praxis* (in Druck).
- Mahler, L., Jarchoy-Jádi, I., Montag, C. & Gallinat, J. (2012). *Das Weddinger Modell: Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Mahler, L. Heinz, A., Jarchoy-Jádi, I., Bempohl, F., Montag, C. & Wullschleger, A. (2019). Therapeutische Haltung und Strukturen in der (offenen) Akutpsychiatrie: Das Weddinger Modell. *Der Nervenarzt*, 7, 700-704.
- Mahler, L., Mielau, J., Heinz, A., & Wullschleger, A. (2019). Same, same but different: How the interplay of legal procedures and structural factors can influence the use of coercion. *Frontiers in psychiatry*, 10, 249.
- Wullschleger, A., Mielau, J., Mahler, L. & Montag, C. (2018). Beiträge zur Vermeidung von Zwang in der Akutpsychiatrie. *Fortschritte in Neurologie und Psychiatrie*, 86, 1-9.
- Wullschleger, A., Vandamme, A., Ried, J., Pluta, M., Montag, C. & Mahler, L. (2019). Standardisierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen auf psychiatrischen Akutstationen: Ergebnisse einer Pilotstudie. *Psychiatrische Praxis*, 46, 128-134.