



## Aaron Haus der Gemeinschaft Psychiatrisches Konzept

### Ausgangssituation

Das Haus Aaron ist ein privates Alten- und Pflegeheim, das seit über 50 Jahren familiengeführt wird.

Der Durlacher Walter Koppenhöfer gründete das Alten- und Pflegeheim im Jahr 1956. Sein ganzes Engagement galt der Erweiterung des damaligen Haus Waldfriedens.

1970 konnte schließlich das großzügige, moderne Haus - das heutige Haus Aaron - fertiggestellt werden.

Nach dem viel zu frühen Tod von Walter Koppenhöfer im Jahre 1971 übernahm seine Tochter Jana Koppenhöfer die Leitung des Alten- und Pflegeheimes. Sie führt das Haus Aaron seitdem im Sinne ihres Vaters weiter und verknüpft seine Philosophie mit zeitgemäßen Ideen. Jana Koppenhöfer erweiterte das Pflegeheim in den folgenden Jahren z. B. um eine gerontopsychiatrische Abteilung.

In den letzten Jahren musste ein generelles Umdenken stattfinden, vor allem in Bezug auf die Pflege von psychisch erkrankten Menschen.

Die Zahl der Menschen, die an psychischen Krankheiten leiden, hat in den letzten Jahren stark zugenommen, ebenfalls verzeichnen wir einen immer früheren Krankheitsbeginn.

Ohne starre Aufnahmeregelungen, sondern mit individuellen Konzepten, die sich an den Hilfenotwendigkeiten der einzelnen Bewohner orientieren, werden nun auch hier Menschen aufgenommen, die zum Teil Mehrfachproblematiken in Form von psychischer Erkrankung und Abhängigkeit aufweisen.

Aufgrund der optimalen Lage des Hauses und der jahrelangen Erfahrung mit Menschen mit psychischen Erkrankungen wurde die Idee geboren, für die Zielgruppe der extrem auffälligen und schwer zu handhabenden psychisch kranken Menschen, auch teilweise mit Suchtproblematik ein Umfeld zu schaffen, welches sich speziell auf diese Zielgruppe mit ihren individuellen Bedürfnissen konzentriert.

Diese Personengruppe ist bis zur heutigen Zeit durch die bestehenden Versorgungsangebote in der Region nur unzureichend betreut.

Weder allein zugehörig in den Bereich der Psychiatrie noch den Suchtbereich hatten viele der Betroffenen als „Systemsprenger“ unterschiedlichste Institutionen durchlaufen.

Häufig endete der Weg in einem Kreislauf aus Krankenhausaufenthalten, Konsum und Delinquenz.

Um diesen Kreislauf zu durchbrechen, haben wir dieses Konzept erstellt.

### **Lage der Einrichtung**

Unsere Einrichtung kann, was ihre städtische Lage betrifft, ihresgleichen suchen. Das große Hauptgebäude bietet unserem speziellen Klientel besonders gute Bedingungen, weil es ruhig, aber nicht zu abgelegen im Stadtteil Karlsruhe-Durlach liegt.

Das ausgedehnte Grundstück ist idyllisch in die Waldlage eingebunden, dessen Anblick bereits für Entspannung sorgt.

Des Weiteren bietet das Objekt den BewohnerInnen einen Garten und malerische Wiesen und Felder, die zu ausgedehnten Spaziergängen einladen.

Die direkte Eingebundenheit in die Natur verschafft eine beruhigende, friedvolle Atmosphäre, die sich positiv auf die geringe psychische Belastbarkeit der BewohnerInnen auswirkt.

So gesehen lassen sich hier hervorragende Voraussetzungen finden, die eine differenzierte individuelle Förderung, Rehabilitation und vor allem Wiedereingliederung ermöglichen.

Das Grundstück bietet Platz für handwerkliche Betätigungen, Gartenarbeiten und sportliche Aktivitäten.

Auch die Anbindung an den städtischen Nahverkehr ist gegeben. In nur 2 Minuten Fußweg erreicht man die nächste Haltestelle und ca. 10 min entfernt befindet sich das Zentrum von Durlach und in ca. 20 min Entfernung das Stadtzentrum von Karlsruhe. Das schafft weitere Optionen, den Tagesablauf der BewohnerInnen positiv gestalten zu können.

Die unmittelbare Waldnähe ermöglicht Wanderungen und Ausflüge. Mit dem Bus, mit der Stadtbahn oder auch zu Fuß lassen sich die Schwimmhalle, das Kino, verschiedene Einkaufsquellen, Cafés und Restaurants erreichen. Damit sind die BewohnerInnen nicht nur auf die Aktivitäten, die unsere Mitarbeiter anbieten angewiesen, sondern können auch selbstständig an verschiedenen öffentlichen, kulturellen, sportlichen wie auch bildungsfördernden Veranstaltungen teilnehmen.

## **Zielsetzung**

Das Hauptziel der Einrichtung besteht darin, durch strukturelle, konzeptionelle sowie individuelle therapeutische Maßnahmen an den krankheitsbedingten Ursachen der notwendigen freiheitsentziehenden Maßnahmen zu arbeiten und deren Wegfall herbeizuführen.

Während des in den meisten Fällen nicht freiwilligen Aufenthaltes in der Einrichtung soll den Bewohnern trotzdem eine möglichst hohe Lebensqualität und Wohlbefinden im Sinne von Teilhabemöglichkeiten erhalten werden.

Die psychisch Kranken dürfen trotz ihrer Einschränkungen und insbesondere ihrer Selbstgefährdung nicht zum Objekt von Betreuung gemacht, sondern sollen mit ihren Zielen, Wünschen und Bedürfnissen ernst genommen werden, um eine „Entpersönlichung“ zu vermeiden.

Sie erhalten qualitätsgesicherte pädagogische, medizinische und psychologische Betreuung entsprechend des aktuellen Standes der fachlichen Standards und eine fundierte psychosoziale Betreuung.

Ein wichtiger Aspekt ist die Kooperation bzw. Vernetzung mit allen externen Diensten und Einrichtungen, die am Betreuungs- und Rehabilitationsprozess beteiligt sind. Insbesondere eine vertrauensvolle Kooperation mit den Vormundschaftsgerichten und gerichtlich bestellten Betreuern ist in diesem Zusammenhang von elementarer Bedeutung.

## **Aufzunehmende Bewohner**

Das Betreuungsangebot richtet sich an erwachsene Männer und Frauen ab ca. 25 Jahren aus den Bundesländern Baden- Württemberg, Rheinland- Pfalz, Bayern und Hessen mit seelischer Behinderung und/oder gleichzeitiger Abhängigkeitsproblematik von legalen und illegalen Suchtmitteln. Nicht aufgenommen werden können Menschen

- unter 18 Jahren
- bei denen ansteckende Infektionskrankheiten festgestellt wurden (nähere Informationen bei der Pflegedienstleitung zu erfragen)

Schwerpunkt hier sind Männer und Frauen, für welche mit einem rechtsgültigen Unterbringungsbeschluss nach BGB 1906 ff. eine geeignete Unterbringungsmöglichkeit gesucht wird.

Unsere Einrichtung versteht sich als Lebensraum für Menschen, die auch aufgrund ihrer erheblichen sozialen Störung in anderen Einrichtungen nur schwer zu betreuen sind.

Die Biographie vieler Bewohner ist gekennzeichnet von Phasen langer Krankenhausaufenthalte und disziplinarischer Entlassungen aus anderen Einrichtungen. Zudem leidet ein Großteil des Personenkreises an körperlichen Suchtfolgeerkrankungen.

Die Abstinenz von Alkohol und Drogen ist eine Voraussetzung für das Leben im Haus Aaron.

Bürger aus den genannten Bundesländern können auch im Rahmen einer forensischen Nachsorge aufgenommen werden: In aller Regel werden die Patienten des Krankenhauses des Maßregelvollzuges zunächst in unsere Einrichtung beurlaubt. Sie bleiben also formal Patienten des Maßregelvollzuges. Nach einigen Monaten der Beurlaubung in unserem Haus erfolgt dann durch die Entscheidung der Strafvollstreckungskammer die Aufhebung der Maßregel. Zumeist geschieht diese wiederum mit der Formulierung der Bewährungsaufgaben. Manche dieser Bewährungsaufgaben werden so formuliert, dass sie das Leben in unserer Einrichtung zum Gegenstand der Bewährung machen. Sehr viele Patienten aus der Forensik sind mit der Freiheit des Lebens in einem Heim hart konfrontiert und manchmal überfordert.

Diesen Menschen wird durch die gemeinsame Strukturierung des Tages und die Absprachen zwischen ihnen, dem Personal, den zuständigen Bewährungshelfern und der zuständigen Vollstreckungskammer ein „Sinn“ des Lebens gegeben, der auch ein Leben im Heim lebenswert macht.

Zu Beginn jeder Aufnahme steht der Besuch unserer PDL und/oder der zugehörigen Leitungskraft in der jeweiligen Einrichtung, in welcher der Bewohner bei Aufnahme lebt.

Dort soll ein erstes Zusammentreffen erleichtert und der Bewohner in der bekannten Wohnform kennengelernt werden, hier findet auch das erste Informationsgespräch statt. Daran können mit Zustimmung der Interessenten auch Angehörige, gesetzliche Betreuer oder Mitarbeiter anderer Einrichtung teilnehmen.

Ziel des Informationsgesprächs ist es, Angebote und Struktur unserer Einrichtung darzulegen und zu prüfen, ob diese dem persönlichen Hilfebedarf und den Wünschen des Interessenten entsprechen.

Das Betreuungsangebot unserer Einrichtung basiert auf SGB XI/ SGB XII.

## **Führungsleitbild und Leitprinzipien**

Bezogen auf die Beziehungsgestaltung zu den sich selbst gefährdenden Bewohnern bestehen folgende Leitprinzipien, welche die beschriebene Zielsetzung der Einrichtung präzisieren:

Klienten mit selbstgefährdendem Verhalten befinden sich in psychischen Extremsituationen. Sie zeigen oftmals ein Verhalten, das nicht immer ihre eigentliche

Persönlichkeitsstruktur abbildet. Der Bewohner ist immer mehr als das, was sich durch seine Erkrankung und sein Verhalten nach außen darstellt. Seine Lebensgeschichte, die Erfahrungen / Ressourcen und seine Persönlichkeit gilt es zu entdecken und im Rehabilitationsprozess zu berücksichtigen.

- Die individuelle Lebensqualität der psychisch schwer veränderten Bewohner soll nach deren Bedürfnissen erhalten bzw. verbessert werden.
- Die anvertrauten Menschen sind in ihrer Ganzheit zu betrachten und zu behandeln.
- Die maximale Selbständigkeit des Bewohners und dessen Unabhängigkeit von einer geschlossenen Unterbringung ist durch die Einrichtung insbesondere in der Alltagsgestaltung gezielt zu fördern.
- Die Autonomie des Bewohners ist zu beachten.
- Verständnis und Respekt sind gerade bei Bewohnern, die freiheitseinschränkende Maßnahmen erfahren mussten, die Basis für eine gelungene Rehabilitation.
- Es sollen nicht nur Probleme erkannt, sondern Ressourcen ermittelt, erhalten und gefördert werden.
- Die geschützt untergebrachten Bewohner sollen eine auf ihre Situation angemessene zugeschnittene Tages- und Wochenstruktur vorfinden.
- Individuell angemessene Beschäftigungsangebote werden den Selbstwert stärken, jedoch von einer permanenten Beschäftigung mit den Ursachen des Leidens / der selbstgefährdenden Tendenzen ablenken und zur Stabilisierung beitragen.
- Räumliche und organisatorische Bedingungen sind so zu gestalten, dass die Bewohner möglichst selbständig agieren und somit Fähigkeiten erhalten und neu ausprägen können.
- Die Bewohner sollen eine Umgebung vorfinden, die weitgehend auf ihre individuelle Lebenssituation abgestimmt ist.

## **Mitarbeiter**

Die Qualität der Arbeit mit diesen sehr schwierigen Menschen setzt einen hohen Personalschlüssel und fachkompetente Mitarbeiter voraus. Im Haus Aaron sind an allen Wochentagen „rund um die Uhr“ Mitarbeiter anwesend, dies schließt auch Nachtwachen mit ein.

Für die Bewohner ist ein Personalschlüssel angesetzt, welcher gewährleistet, dass durchgängig ausreichend Ansprechpartner anwesend sind und auch zu ungewöhnlichen Tageszeiten oder in Einzelbetreuungen Aktivitäten durchgeführt werden können.

Das Mitarbeiter-Team setzt sich aus pädagogischen, medizinischen, ergotherapeutischen und 4 hauswirtschaftlichen Berufsgruppen zusammen. Die Arbeit in einer Einrichtung wie

der unseren erfordert insbesondere eine fortlaufende Entwicklung der fachlichen und persönlichen Qualität der Mitarbeiter.

Die Leitung unserer Einrichtung fördert sowohl durch interne und externe Fortbildungen als auch regelmäßige Supervision. Die interne Fortbildung vermittelt sozialpsychiatrische Kenntnisse, gesetzliche sowie medizinische Grundlagen und Methoden der Gesprächsführung.

Auch die Teilnahme der Mitarbeiter an externen Fortbildungen, zum Beispiel zur Thematik „Schizophrenie“- „Borderline“-„Umgang mit schwierigen Patienten“ aber auch die Fortbildung zum staatlich anerkannten Psychiatrie-Fachpfleger wird unterstützt und befürwortet.

### **3-Phasen-Modell**

#### Eingewöhnungsphase:

Um jeden Bewohner den Anfang ihres Lebensabschnittes in unserer Einrichtung zu erleichtern, bekommen sie von Anfang an eine Bezugsperson aus unserem Mitarbeiterteam zur Seite gestellt. Das 3-Phasen-Modell stellt eine für alle Bewohner gleichermaßen gültige Orientierung im Prozess ihres Aufenthaltes dar.

Gleiche Voraussetzungen für alle Bewohner sind in unserer Einrichtung von großer Bedeutung, um offensichtliche Begünstigungen oder Benachteiligungen einzelner Bewohner sowie damit verbundener Schwierigkeiten vermeiden zu können. Trotzdem sind wir jederzeit darum bemüht, individuelle Voraussetzungen, krankheitsbedingte Ausfälle und psychische Dekompensationen für eine objektive Betreuung der Bewohner zu berücksichtigen.

Die Umsetzung der Pflegeplanung wird durch dieses Stufenmodell erheblich vereinfacht und für den Bewohner leichter verständlich. Ziele können so vom Bewohner leichter erreicht bzw. neu abgestimmt werden. Die rechtzeitige Veränderung der Planungen sowie das Erkennen von relevanten Ressourcen unserer Bewohner ermöglicht eine schnellere Anpassung der Leistungsfähigkeit an die bereits bestehenden Planungen. Eine konstruktive Zusammenarbeit aller Parteien ist daher unumgänglich und wird von unserer Seite forciert.

Folgende Faktoren sind Grundlagen des Stufenmodells bzw. der einzelnen Bewohner bezogenen Planungen:

- Krankheitsgeschichte und therapeutische Stellungnahme
- Sozialverhalten des Bewohners
- Psychische und physische Verfassung des Bewohners
- Teilnahme an Einzelgesprächen, Gruppengesprächen
- Einhaltung der Grundtätigkeiten des Bewohners

- Beteiligung des Bewohners am angebotenen Freizeit- und Aktivitätsprogramm der Einrichtung

Der zeitliche Rahmen in der Eingewöhnungsphase beläuft sich auf ca. 8 - 10 Wochen. Verkürzung oder Verlängerung dieses Zeitrahmens sind auf Grund der Entwicklung eines jeden Bewohners möglich. Die Veränderung obliegt jedoch der Entscheidung des Führungsteams in Zusammenarbeit mit der Bezugsperson, dem Team und dem gesetzlichen Betreuer.

Therapeutische Inhalte in der Eingewöhnungsphase:

- Kennenlernen aller therapeutischen Angebote (innerhalb der ersten 4 Wochen)
- Erstellung einer Zielplanung
- Kontaktsperre nach draußen (Zeitraum wird durch Führungsteam und Fallbesprechungen geregelt), mind. jedoch 4 Wochen
- Während der Eingewöhnungsphase wird die Ausgangsregelung von der Kontaktsperre und dem jeweiligen Sozialverhalten sowie der Therapieteilnahme abhängig gemacht
- Teilnahme an den Therapien gemäß erstelltem Hilfeplan mit dem jeweiligen Bewohner

### Ressourcenorientierte Phase

Die zweite Stufe des Stufenmodells (aktive Stufe) befasst sich mit der aktiven Teilnahme an den jeweiligen Therapien.

Motivation, Vertrauen und die Auseinandersetzung mit der jeweiligen Krankheit bzw. des Suchtverhaltens sind Grundlage dieser Stufe. Hierbei werden in den unterschiedlichsten Therapieformen Lösungen und Hilfsmittel angeboten.

Die Förderung bzw. das Erlangen von sozialer Kompetenz in allen Therapiebereichen sowie im Umgang untereinander sind ebenso wichtige therapeutische Grundlagen, wie auch die Gestaltung einer sinnvollen Tagesstruktur.

In dieser Phase sind die Voraussetzungen für Ausgänge, Heimfahrten, Besuche oder sonstige außerhalb der Einrichtung stattfindende Veranstaltungen in Form eines Stufenplans geregelt.

### Stufe 1

Zu den Voraussetzungen für diese Therapiestufe über einen Zeitraum (bis zu 4 Monaten) hinaus zählen:

- eine aktive Therapieteilnahme
- zweimal interne Therapien (Kognitives Training durch Ergotherapie oder Gestaltungstherapie durch Beschäftigungstherapeuten)
- mindestens einmal pro Woche Arbeitstherapie und dreimal Hauswirtschaft pro Woche
- Teilnahme an externen Ausflügen (Sport, Veranstaltungen) mindestens zweimal pro Monat
- Teilnahme an den Fallbesprechungen einmal im Monat
- die Einhaltung der Hausordnung (Sozialverhalten) sowie
- Erfüllung der Tätigkeiten im eigenen Wohnbereich.

Vergünstigungen in der Stufe 1 sind Teilnahme an den Einkaufsfahrten sowie die Möglichkeiten eines begleiteten Ausgangs, evtl. Einzelausgang (30-60 Minuten), jedoch Genehmigung durch Betreuer und Führungsteam vorausgesetzt.

### Stufe 2

Zu Erhalt der Stufe 2 sind aufbauend auf der Stufe 1 dreimal pro Woche Arbeitstherapie und vier Aktivitäten pro Monat (Sport, Gestaltungstherapie etc.) notwendig. Vergünstigungen in der Stufe 2 aufbauend auf Stufe 1 sind:

- bis zu 2 Stunden Einzelausgang
- Tagesausflüge zu Angehörigen, Eltern etc. (Genehmigung durch Betreuer und Führungsteam vorausgesetzt).

### Stufe 3

Zum Erhalt der Stufe 3 sind aufbauend auf die Stufe 2 viermal pro Woche Hauswirtschaft, einmal in der Woche Soziales Kompetenztraining, sechsmal pro Monat Aktivitäten und fünfmal pro Woche Arbeitstherapie erforderlich. Vergünstigungen in der Stufe 3 aufbauend auf Stufe 2 sind:

- 3 Stunden Einzelausgang
- Wochenendheimfahrten zu Angehörigen bzw. Urlaube bei diesen (Genehmigung durch Betreuer und Führungsteam vorausgesetzt)
- Verlegung in die Wohngruppe oder einer offeneren Wohnform (nach absolvieren der „ressourcenorientierten Phase“).



In der ressourcenorientierten Phase findet sich auch die Vorstufe auf eine offene Wohnform. Die Grundlage dieser Phase sind zum einen die positive Teilnahme an allen Therapieformen sowie die Teilnahme am Stufenplan 1-3.

Soziale Kompetenz sowie Sozialverhalten und Krankheitseinsicht sind wesentliche Merkmale dieser Phase. Eine psychische und physische Stabilisation sowie die Abstinenz von jeglichen Suchtmitteln und die Übernahme von Verantwortung für sich und andere ist eines der wesentlichen Ziele in dieser Phase.

## **Räumliche Struktur**

Das Haus Aaron verfügt nach seiner Umstrukturierung und teilweiser Renovierung über ein Erdgeschoss, 4 Stockwerke, eingeteilt in 6 bzw. 8 Wohnbereiche und ein Kellergeschoss (Therapieräume, Waschküche), die durch breite und gut begehbare Treppen sowie Aufzüge miteinander verbunden sind.

### Wohngruppe 1(Integrationsgruppe)

Die Wohngruppe 1 ist die Aufnahme bzw. Eingewöhnungs-Gruppe. Dieser Bereich ist eine geschlossene Abteilung.

Hier sollen die aufgenommenen BewohnerInnen langsam an die neuen Lebensumstände herangeführt werden. Die BewohnerInnen werden hier sehr intensiv vom Fachpersonal begleitet, vor allem, um den aktuellen Ist-Zustand des Einzelnen zu ermitteln und welche Hilfen benötigt werden. Hinzugezogen werden auch die Einzugsunterlagen sowie Auskünfte von Verwandten, Bekannten oder bisher versorgende Dienste.

Das Haus mit seinen BewohnerInnen und Gepflogenheiten, die Hausordnung sowie die Tagesabläufe werden vorgestellt. Nach einem Zeitraum von 2 bis 6 Wochen wird ein individueller Förderplan unter Einbeziehung der BewohnerInnen gemeinsam erstellt.

### Wohngruppe 2 + 3 (Ressourcenorientierte Gruppe)

Die Wohngruppe 2 und 3 ist die sogenannte Ressourcenorientierte Wohngruppe, d.h. die hier lebenden BewohnerInnen haben die Integrationsphase erfolgreich abgeschlossen. Dieser Bereich ist eine geschlossene Abteilung. Hier werden die BewohnerInnen aktiv in den Stationsablauf einbezogen (siehe Punkt 8 Ressourcenorientierte Phase).

Die Wohngruppen verfügen über einen gemeinsamen Aufenthaltsraum und eine integrierte Kochzeile, welche eine selbstbestimmte Versorgung außerhalb der regulären Hausversorgung ermöglichen.

#### Wohngruppe 4

Die Wohngruppe 4 ist eine fortgeschrittene Ressourcenorientierte Wohngruppe. Das heißt, dass dieser Bereich tagsüber offenbleibt und nur zu Nachtzeiten abgeschlossen wird (nur in Krisen- und Notsituationen wird der Bereich auch tagsüber geschlossen gehalten).

Die hier lebenden BewohnerInnen können sich tagsüber frei in der Einrichtung und auch außerhalb bewegen, sie können selbständig ihre Termine für Therapien, Sportangebote, Arbeitstherapien etc. wahrnehmen.

Voraussetzungen für einen Platz auf diesen Wohnbereich sind:

- konsequente Mitarbeit im Bereich der Wohngruppe 1 – 3
- Teilnahme an allen Therapien
- gegenseitiges Vertrauen
- Einverständnis durch Betreuer, Psychiater und Führungsebene
- Einhalten der Hausordnung
- Sozialverhalten

#### Wohngruppe 5

Die Wohngruppe 5 ist ein gerontopsychiatrischer Bereich, welcher in 3 einzelne Wohngruppen unterteilt ist. Aufgrund der Besonderheiten in der gerontopsychiatrischen Versorgung liegt hier ein gesondertes Konzept vor.

#### Wohngruppe 6

Die Wohngruppe 6 beinhaltet eine offene Wohnform, unterteilt in 3 kleinere Bereiche. Hier leben unter anderem BewohnerInnen, die auf Belastungsproben in dem SRH- Klinikum Langensteinbach vorbereitet werden, um später ein eigenständiges Leben führen zu können. Auch leben hier BewohnerInnen, welche auf andere Wohnformen (betreutes Wohnen etc.) vorbereitet werden, eine intensive Begleitung und enge Zusammenarbeit mit allen betroffenen Stellen (Betreuer, Ämter, Behörden etc.) wird garantiert.

Gleichzeitig ist die Wohngruppe ein Zuhause für BewohnerInnen, welche aufgrund ihrer seelischen und körperlichen Dekompensation nicht mehr in der Lage sind, ein selbständiges Leben außerhalb einer Einrichtung zu führen.

## Kellergeschoss

Im Kellergeschoss befindet sich der Sport-/Physio-Raum, hier wird die Sportgruppe durchgeführt. Ausgestattet ist dieser Raum mit Ergometer, Sprossenwand, Boxsack, Tischtennisplatte (auch im Außenbereich) und anderen Sportgeräten. Angeschlossen an dem Sportraum sind der Raum für die Ergotherapie und Gestaltungstherapie und ein Werkraum.

## Ergotherapie

In unserer Einrichtung ist eine ausgebildete Ergotherapeutin für das ergotherapeutische Angebot verantwortlich. Gleichzeitig arbeiten wir in der Richtung „Hirnleistungstraining“ mit einer renommierten ortsansässigen Ergotherapie-Praxis zusammen (diese werden auch in Fallbesprechungen mit einbezogen).

## Inhaltliche Arbeit

Zur inhaltlichen Arbeit unserer Einrichtung gehört unter anderem die Vorgabe einer festen Tagesstruktur als unentbehrliches Angebot für alle BewohnerInnen, die auf Grund ihrer Erkrankung Probleme mit der Eigenstrukturierung haben.

Diese Tagesstruktur ist Bestandteil des Therapieplanes / Förderungsplanes / Resozialisierungsplanes, in dem sinnvolle Zielsetzungen und Fördermöglichkeiten festgelegt sind. Die Maßnahmen unter Anleitung des Personals für eine angemessene Tagesstrukturierung zielen hauptsächlich auf die selbständige Ausgestaltung des Alltags der BewohnerInnen. Die nachfolgende Aufzählung soll einen Überblick über die allgemeinen wie auch speziellen Förderangebote unserer Einrichtung geben:

## Pflegerische Hilfen

- individuelle Hilfe bei der Verrichtung der Körperpflege
- Sicherstellen von ausreichender / bedarfsgerechter Mobilisation der BewohnerInnen
- Bestellen, Verwalten und Verabreichen von Medikamenten
- Begleitung von gesundheitsfördernden Maßnahmen
- Behandlungspflege aller Art

## Psychosoziale Angebote

- Fallbesprechungen im Team (wenn gewünscht mit dem Psychiater und/oder Betreuer)

- Begleitung, Unterstützung und Vermittlung bei Problemen mit Anderen, bei Bewältigung von Problemen jeglicher Art
- Unterstützung, gegebenenfalls Begleitung von Arztbesuchen bzw. bei Terminen in diversen Kliniken (nach Absprache mit dem gesetzlichen Betreuer)
- Gesprächsangebote in der Runde oder mit Bezugspfleger /in

### Tagesförderungen

- Unterstützung und Motivation zum Beleben verlorengegangener Interessen
- Themenbezogene Gestaltung von Festen und Feiern (Jahreszeiten, besondere Anlässe, Geburtstage etc.)
- Anwenden der Diary-Card und nachfolgende Besprechung mit Bezugspfleger/in

### Soziale Kontakte

- Gestaltung und Anleitung zur gemeinsamen Tagesstrukturierung (gemeinsame Mahlzeiten usw.)
- Zubereitungen von diversen Mahlzeiten (z. B. Obstsalat, Pfannkuchen)
- Organisation und Durchführen von Heimfahrten und/oder Urlauben
- Gesprächsangebote bei Konflikten innerhalb des Wohnbereiches oder mit einzelnen Personen

### Weitere arbeitstherapeutische Bereiche:

- Werkstatt/Haustechnik: geleitet von einem ausgebildeten Schreiner
- Wäscherei: geleitet von einer ausgebildeten Schneiderin
- Gartengruppe: geleitet von pädagogischem Personal
- Sportgruppe: geleitet von Fachpersonal
- Gestaltungstherapie: geleitet von Ergotherapeuten Beschäftigungsassistenten nach § 87b

### **Gesundheit**

Für die Dauer des Aufenthaltes ist eine regelmäßige konsiliarische Betreuung durch eine/n Facharzt/-ärztin für Psychiatrie gewährleistet. Es besteht freie Arztwahl, Fachärzte, Allgemeinärzte, eine Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Fachabteilungen für Psychiatrie an Allgemeinkrankenhäuser sind gut erreichbar. Es besteht eine enge Anbindung an die Psychiatrie Karlsruhe.

### Inhalte:

- Unterstützung bei der Körperhygiene (ggf. stellvertretende Ausführung)
- Beratung und Unterstützung in Krisenzeiten
- Beratung und Unterstützung im Umgang mit der Erkrankung
- Begleitung zu Arztbesuchen
- Krisenintervention, ggf. Einleitung notwendiger Klinikaufenthalte
- Aktivitäten im Bereich körperlicher Bewegung, Mobilisierung
- Bewegungstherapie
- Beschäftigungstherapie
- externe Ergotherapie (wenn vom Hausarzt verordnet und Indikation vorliegt)

### Ziele der medizinischen Betreuung sind:

- Förderung der Auseinandersetzung mit der Erkrankung
- Erlernen des Umgangs mit der Erkrankung
- Hinführen zum eigenverantwortlichen Umgang mit Medikamenten
- Selbständige Terminvereinbarung von Arztbesuchen und deren Wahrnehmung

### **Freizeit**

Gemeinsame Freizeitaktivitäten, die gemeinsame Gestaltung von Besuchen kultureller und unterhaltender Veranstaltungen sowie das Begehen von Festen im Jahresablauf sind Bestandteile des Leistungsangebotes unserer Einrichtung. Neben dem gemeinsamen Erleben sind das Erlernen von solidarischem Verhalten, die Auseinandersetzung mit Konflikten und das Einüben adäquaten Rollenverhaltens wesentliche Ziele.

Siehe auch: homepage [www.hausaaron.de](http://www.hausaaron.de) und Gerontopsychiatrisches Konzept.

### **Mitbestimmung**

Alle Rechte und Pflichten der BewohnerInnen sind im Heimvertrag und der Heimordnung geregelt. Um die Mitbestimmung unserer BewohnerInnen in unserer Einrichtung zu repräsentieren, gibt es einen Heimbeirat.

Heimbeiräte haben die Aufgabe, die Interessen der BewohnerInnen gegenüber Mitarbeitern und der Leitung zu vertreten. Sie haben das Recht, in allen in der Heimmitwirkungsverordnung geregelten Fragen insbesondere der Gestaltung der Einrichtung, der Verpflegung, der Zeitabläufe, der Hausordnung und der Freizeit mitzuberaten. Neuen HeimbewohnerInnen steht der Heimbeirat bei Einzug hilfreich zur Seite.

Ein differenziertes Beschwerdemanagement (beiderseitig) soll Kritik, Beschwerden und Anregungen erfassen, Lösungen erarbeiten helfen sowie Möglichkeiten zur Umsetzung von Vorschlägen schaffen.

## **Angehörigenarbeit**

Die Zusammenarbeit mit Angehörigen von psychisch kranken Menschen ist für die Stabilisierung der BewohnerInnen in der Regel sehr hilfreich, daher versteht sich unsere Einrichtung auch als Ansprechpartner für die Angehörigen. Häufig ist der gesamte Familienverbund durch die Erkrankung stark belastet, daher entfaltet die Zusammenarbeit von Pflegeteam und Angehörigen im Einzelfall auch familienentlastende Wirkung.

Zudem erfahren die Angehörigen Unterstützung in Form von

- Beratung zu allen anstehenden Fragen
- Koordination von Hilfen und Unterstützung bei Krisen
- Veranstaltungshinweisen zu externen Angeboten der Angehörigenarbeit

## **Öffentlichkeitsarbeit**

Schon seit vielen Jahren leistet unsere Einrichtung öffentlichkeitswirksame Arbeit in ihrem Umfeld und darüber hinaus. Zusammenarbeit mit ortsansässigen Firmen, Transparenz und ein gutes Verhältnis ist der Einrichtung sehr wichtig. Das jährlich stattfindende Sommerfest und die Weihnachtsfeier mit Adventsbasar sind inzwischen feste Höhepunkte.

## **Persönlichkeitsstörungen**

Jeder Mensch hat eine eigene Persönlichkeit. Bestimmte Eigenschaften und Verhaltensweisen, die sein ganzes Leben über weitgehend konstant bleiben, verleihen ihm eine unverwechselbare Individualität.

Wenn eine oder mehrere Eigenschaften zu fortwährenden Anpassungsproblemen führen, persönliche Entwicklungsmöglichkeiten blockieren oder die Umwelt und die Mitmenschen belasten, spricht man von einer Persönlichkeitsstörung. Bestimmte Verhaltensmerkmale des persönlichkeitsgestörten Menschen weichen von denen des Bevölkerungsdurchschnitts ab - oft schon seit der Jugendzeit.

Eine der häufigsten Störungen ist die "Borderline-Persönlichkeitsstörung", unter der zu meist Frauen leiden. Der Begriff stammt vom englischen "borderline", zu deutsch "Grenze". Borderline Persönlichkeiten sind Menschen, die stabil in ihrer Instabilität sind. Extreme Schwankungen zwischen gefühlsmäßigen "Hochs" und "Tiefs" sind an der Tagesordnung. Bei unerträglichen Zuständen von innerer Anspannung verletzen die

Betroffenen sich mit dem Ziel der Spannungsabfuhr häufig selbst (z. B. durch Ritzen oder Schnittverletzungen meist an den Unterarmen) oder zeigen impulsivaggressives Verhalten, ohne an die Folgen zu denken. Borderline-Persönlichkeiten sind sich ihrer selbst nicht sicher und neigen dazu, auch ihre Bezugspersonen in rascher und unvorhersehbarer Folge entweder zu idealisieren oder zu entwerten. Die Instabilität ihres Gefühlslebens und der Beziehungsgestaltung führt zu Konflikten, sowohl im privaten wie auch im gesamten sozialen Umfeld. Borderline-Persönlichkeitsstörungen sind heute gut therapierbar, z. B. mit der dialektisch-behavioralen Therapie\*.

Eine andere häufige Form der Persönlichkeitsstörung ist die narzisstische Störung. Die betroffenen Menschen sind in hohem Maß auf Bewunderung und Anerkennung angewiesen. Auf Kritik reagieren sie mit Wut und Scham. In ihrem übertriebenen Selbstwertgefühl stellen sie die eigenen Fähigkeiten und Talente übertrieben dar und erwarten, ohne besondere Leistungen als "etwas Besonderes" betrachtet zu werden. Sie beschäftigen sich stets mit Phantasien grenzenlosen Erfolgs, Macht, Glanz, Schönheit und idealer Liebe.

Oft gehen Persönlichkeitsstörungen mit anderen psychischen Erkrankungen wie z. B. Depressionen, Ängsten, Süchten oder psychosomatischen Beschwerden einher.

\* Die dialektisch-behaviorale Therapie zur Behandlung der Borderline- Persönlichkeitsstörung umfasst ein breites Spektrum therapeutischer Strategien und Techniken wie Verhaltenstherapie, Körpertherapie und Gestalttherapie. In der Therapie werden z. B. Stresstoleranz sowie der Umgang mit Gefühlen und Beziehungen geübt.

## **Sucht**

Jeder Mensch, der lange genug und häufig genug eine ausreichende Menge Alkohol trinkt, wird alkoholabhängig. Häufig wird zwischen "stoffgebundenen" (Nikotin, Alkohol, Medikamente, illegale Drogen) und "nicht stoffgebundenen" bzw. "verhaltensbezogenen" Süchten (Computer, Internet, Glücksspiel, Arbeit, Sex) unterschieden. Nachfolgend wird am Beispiel der Alkoholabhängigkeit "Sucht" erklärt.

### Wie wird man abhängig?

Wenn man lange und häufig genug eine ausreichende Menge Alkohol trinkt, ist die Gefahr einer Alkoholabhängigkeit extrem groß. Dabei können Dauer, Häufigkeit und Trinkmenge individuell sehr unterschiedlich sein. Fest steht aber: Je jünger die Menschen bei Beginn, je höher das genetische Risiko, je unkritischer das jeweilige Umfeld den Alkoholkonsum sieht und je größer die tägliche Menge konsumierten Alkohols ist, umso schneller wird sich die Abhängigkeit entwickeln.

### Warum wird man alkoholabhängig?

Jeder Mensch ist im Laufe seines Lebens diversen Belastungen und kritischen Situationen ausgesetzt. Jeder Mensch ist dabei unterschiedlich belastbar und verfügt über unterschiedliche Strategien, mit Belastungen umzugehen. Eine zunächst sehr erfolgreiche Strategie ist der Einsatz von Alkohol! Er hilft dem Ängstlichen, mutiger zu werden, dem Gestressten, besser zu entspannen, dem Traurigen, fröhlicher zu sein, und, und, und ... Da Alkohol in so vielen Lebenssituationen hilfreich erscheint, wird er immer öfter eingesetzt.

### Warum ist Alkoholabhängigkeit eine Krankheit?

Wenn Alkohol sehr häufig getrunken wird, setzt eine Gewöhnung ein. Reichte früher ein "Feierabend-Bier", müssen es im weiteren Verlauf zunächst zwei und dann immer mehr sein. Dies ist kein psychologischer Effekt, sondern ein körperlich-biologischer Prozess. Alkohol wirkt im Körper überwiegend - zumindest in höherer Dosierung - dämpfend, wie eine "Bremse" für Probleme und seelische Nöte. Der Körper gleicht diese Dämpfung im Rahmen der Gewöhnung aus, indem er der bremsenden Wirkung entgegensteuert - sozusagen "Gas gibt". Das führt beim Ausbleiben von Alkohol zum Überwiegen der Gegenregulation (da der Körper weiter "Gas gibt") - die Betroffenen werden unruhig, nervös, gereizt. Blutdruck und Puls steigen an - typische Entzugserscheinungen.

### Was kann das Umfeld tun?

Verwandte, Freunde und Kollegen von Betroffenen sehen oftmals viel früher die Folgen des Alkoholkonsums, als der Betroffene selbst sich dies eingestehen kann. Angehörige sollen aber nicht Diagnosen stellen wie zum Beispiel "Du bist Alkoholiker", sondern die negativen Veränderungen aktiv ansprechen, diese nicht entschuldigen und auch die Folgen nicht herunterspielen. Erst wenn für die Betroffenen erkennbar wird, dass die negativen Folgen des Alkoholkonsums größer sind als die Vorteile, wird die Veränderungsmotivation wachsen. Dann sind sie in aller Regel auch bereit, fachliche Hilfen in Anspruch zu nehmen.

### Was kann man selbst tun?

Es gibt in Deutschland ein wohnortnahes, gut ausdifferenziertes Hilfesystem für jede Phase der Erkrankung. Ambulante Beratungen bieten Institutsambulanzen der LWL-Kliniken sowie Suchtberatungsstellen. Stationären Entzug bieten die psychiatrischen oder die suchtmmedizinischen Abteilungen der LWL-Kliniken an. Weitere (nachstationäre) Hilfen gibt es in den LWL-Rehabilitationszentren und -instituten, Selbsthilfegruppen, psychiatrischen Institutsambulanzen und Beratungsstellen.



## Depression

Allein in Deutschland leiden rund vier Millionen Menschen an einer Depression.

Obwohl Depression eine sehr häufige Erkrankung ist, wird sie in der Öffentlichkeit wenig wahrgenommen und oft missverstanden. Wie Diabetes oder Bluthochdruck, ist auch eine Depression nicht Ausdruck persönlichen Versagens, sondern eine Erkrankung, die jeden treffen kann, unabhängig von Beruf, Alter und sozialem Stand. Oft bricht die Depression in einen bis dahin gut funktionierenden Alltag ein. Manchmal ist sie nur schwer von einer alltäglichen Verstimmung oder einer Lebenskrise zu unterscheiden. Häufig denken Betroffene und Arzt oder Ärztin zunächst an eine körperliche Erkrankung. Bei genauem Nachfragen ist jedoch fast immer eine sichere Diagnose möglich. Dies ist sehr wichtig, da die meisten depressiven Menschen erfolgreich behandelt werden können. Wird die Depression nicht erkannt, führt dies zu unnötigem Leiden und zur Gefährdung der Betroffenen, im schlimmsten Fall bis zur Selbsttötung. Depression ist keine "Einbildung", sondern eine häufige und oft lebensbedrohliche Erkrankung, die heute sehr gut behandelt werden kann. Depressionen sind weder persönliches Versagen noch unabwendbares Schicksal.

Oft geht der Depression eine besondere Belastung, etwa der Verlust einer geliebten Person oder eine anhaltende Überforderung, voraus. Sie kann aber auch wie ein Blitz aus heiterem Himmel kommen. Viele Betroffene erleiden nur eine einzige, über Wochen oder Monate andauernde depressive Phase in ihrem Leben, bei anderen kehrt die Depression wieder. Manche Menschen geraten in den trüben Herbst- und Wintermonaten besonders leicht in eine depressive Bedrücktheit.

Nicht alle, die an einer Depression erkranken, leiden unter denselben Symptomen. Nicht immer muss die depressive Verstimmtheit im Vordergrund stehen: Bei manchen überwiegen der fehlende Antrieb und Schwung, bei anderen eine rastlose innere Unruhe. Oft kommt es zu Schlafstörungen und vielfältigen körperlichen Beschwerden. Auch geht das Interesse an Sexualität verloren. Neben ausgeprägter Freud- und Gefühllosigkeit mit innerer Leere kommt es häufig zu Konzentrationsstörungen und manchmal auch zu beklemmender Angst. Der Schweregrad ist unterschiedlich, bis hin zum völligen Erliegen des normalen Alltags. Auch Sonderformen wie eine Alters- oder Wochenbettdepression können auftreten. Wenn Sie im Zweifel sind, ob Sie an einer Depression leiden, gehen Sie zum Arzt oder Psychotherapeuten.

Depressionen können heute mit großem Erfolg behandelt werden. Dank medikamentöser Therapie und psychotherapeutischer Verfahren stehen hochwirksame Behandlungsmethoden zur Verfügung. Leider kommen sie jedoch zu selten zum Einsatz, weil Depressionen noch immer häufig übersehen werden. Aus der Forschung wissen wir, dass bei einer Depression Störungen im Stoffwechsel des Gehirns ganz unabhängig vom konkreten Auslöser auftreten. Genau hier setzen antidepressive Medikamente an und tragen dazu bei, den veränderten Stoffwechsel auszugleichen. Die depressiven Symptome lassen nach. Um einen Rückfall zu vermeiden, ist meist eine regelmäßige und oft Monate

dauernde medikamentöse Therapie notwendig. Antidepressiva machen nicht abhängig, sie verändern auch nicht die Persönlichkeit.

In einer Psychotherapie, die sich insbesondere bei leichten und mittelschweren Depressionen bewährt hat, erwerben die Betroffenen Strategien, um anders mit ihren Problemen umzugehen. Wenn Angehörige verstehen, dass es sich bei einer Depression um eine ernsthafte Erkrankung handelt, können sie durch ihre Unterstützung ebenfalls einen wichtigen Beitrag für die Bewältigung der Depression leisten.

## **Angststörungen**

"Angst ist ein schlechter Ratgeber", heißt es im Volksmund, aber auch: "Vorsicht ist die Mutter der Porzellankeule".

In diesen beiden Redensarten wird ein durchaus gesunder Instinkt angesprochen - nämlich die Angst vor echten Bedrohungen, die dazu dient, sich selbst zu schützen und vor Fehlern zu bewahren.

Neben "gesunder" Angst gibt es aber auch krankhaft übersteigerte Ängste. Wann wird die Angst zur Störung? Wenn sie der tatsächlichen Bedrohung nicht mehr entspricht und damit mehr schadet als nützt. Manchmal betrifft sie nur bestimmte Dinge und Ereignisse wie das Fahrstuhlfahren, das Fliegen mit einem Flugzeug oder öffentliche Auftritte. Solche Ängste vor bestimmten Situationen nennen Fachleute Phobien.

Andere Menschen werden plötzlich und unerwartet von anfallsweiser Angst heimgesucht, man spricht auch von Panikanfällen. "Aus heiterem Himmel" verspüren sie von einem Moment auf den anderen körperliche Begleitsymptome und massive Angst. Beim einen äußert sich dies in Atemnot und Beklemmungsgefühlen, beim anderen in Herzrasen und Schwindel sowie plötzlicher Übelkeit. Betroffene führt der erste Weg meist zum Hausarzt, zum Internisten oder in die Notaufnahme eines Krankenhauses. Nach dem Angstanfall geht es ihnen erst einmal gut - was bleibt, ist die Angst vor dem nächsten Anfall, man spricht auch von der "Angst vor der Angst".

Schließlich gibt es noch einen Typus von Angsterkrankungen, bei dem die Betroffenen mehr oder minder beständig unter diffuser Anspannung und chronischen Befürchtungen leiden. Über Tage, Wochen und Monate hinweg bestehen nicht genau abgrenzbare, allgemeine Angstbeschwerden. Diese sogenannten generalisierten Angsterkrankungen zermürben den Betroffenen und mischen sich häufig mit depressiven Verstimmungszuständen. Die Formen der Angst sind facettenreich. Angst kann sich hinter der Maske völliger Beherrschtheit verbergen, aber auch dazu führen, dass Betroffene Hilfe im "Seelenretter" Alkohol suchen oder ungeeignete Beruhigungstabletten konsumieren. Heutzutage sind Angsterkrankungen in der Regel gut behandelbar. Es gibt sowohl Medikamente als auch Psychotherapieverfahren.

## **Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen**

Jeder Mensch erfährt in seinem Leben mehr oder weniger tiefgreifende Veränderungen, die seinen Alltag durcheinanderwerfen und eine erhebliche Belastung bedeuten. Menschen können sich nach einiger Zeit vielen Veränderungen anpassen. Andere Veränderungen überfordern die Anpassungsfähigkeit der Betroffenen so sehr, dass diese darauf mit Depressionen, Ängsten oder anderen psychischen Störungen reagieren. Das gilt z. B. auch für chronische Belastungen wie die Pflege eines schwer kranken Angehörigen, langzeitige Arbeitslosigkeit oder extreme Arbeitszeiten.

Wenn die Reaktionen so stark sind, dass sie zu einer länger anhaltenden Beeinträchtigung der sozialen Leistungsfähigkeit oder des emotionalen Erlebens führen, spricht man von einer Anpassungsstörung. Menschen, die unter einer Anpassungsstörung leiden, benötigen Hilfe bei der Bewältigung der Belastungen. Es werden Wege gesucht, die Belastungen abzubauen oder - wenn dies nicht möglich sein sollte - mit den Belastungen besser umzugehen. Als hilfreich hat sich die Anwendung einer Psychotherapie erwiesen.

Neben den beschriebenen sogenannten kritischen Lebensereignissen und chronischen Belastungen erleben manche Menschen schwerste Ausnahmesituationen, die das psychische System an die Grenze seiner Möglichkeiten bringen. Dazu gehören Katastrophen wie ein Erdbeben oder ein Flugzeugabsturz. Ebenso können Gewalttaten wie ein Raubüberfall, eine Vergewaltigung oder eine Misshandlung Auslöser sein. Häufig treten die Symptome auch bei Soldaten nach Kriegseinsätzen oder bei Zeugen solcher Ereignisse - zum Beispiel Feuerwehrleuten, die die Opfer bergen müssen - auf.

Die Folgen sind intensive Angst, Hilflosigkeit und Entsetzen, sowohl während des Ereignisses als auch manchmal noch Jahre später. Danach tritt meistens Empfindungsverlust oder ein Gefühl des Losgelöstseins von der Realität oder dem eigenen Körper auf. Manche erleben einen Gedächtnisverlust für die Zeit der Katastrophe (Amnesie). Andere durchlaufen sie immer wieder neu, manchmal so realistisch, als befänden sie sich tatsächlich wieder in der Situation (Flash back).

Sehr oft sind die Betroffenen ständig angespannt, schrecken bei Kleinigkeiten hoch oder sind gereizt und leiden unter Konzentrationsschwäche. Manche werden von Schuldgefühlen gequält, weil sie die Ereignisse nicht verhindern konnten oder weil sie selbst überlebt haben. Treten die Symptome wenige Tage bis einen Monat nach dem katastrophalen Ereignis, einem sogenannten Trauma, auf, spricht man von einer akuten Belastungsreaktion. Hier können oft bereits wenige stützende Gespräche helfen, wieder in den Alltag zurückzufinden. Dauern die Reaktionen jedoch weitaus länger, sind es posttraumatische Belastungsstörungen. Akute wie posttraumatische Belastungsstörungen beeinträchtigen zumeist das psychische Befinden und die Lebensqualität der Betroffenen.

## **Burn-Out-Syndrom**

Volkstümlich ist der Begriff des "Ausgebranntseins" schon lange bekannt.

Als psychiatrisches Krankheitsbild wird das "Burn-out-Syndrom" erst seit wenigen Jahren diskutiert. Kritiker sprechen von einer "Modediagnose". Gemäß der "Internationalen Klassifikation der Erkrankungen" der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird das "Burn-out-Syndrom" lediglich als ein Faktor gewertet, der den Gesundheitszustand beeinflusst, aber nicht als eigenständige Erkrankung. Mit dem "Burn-out-Syndrom" wird ein Zustand bezeichnet, der am Ende einer Entwicklung steht, die mit Enthusiasmus beginnt und über Stagnation, Frustration und Apathie sich ausbildet. Typische Symptome sind reduzierte Leistungsfähigkeit (fehlender Antrieb) und gedrückte Stimmung, verbunden mit dem Gedanken, dass einem alles zu viel ist.

Es können auch psychosomatische Beschwerden auftreten und Suchterkrankungen ihren Beginn haben. Abzugrenzen ist die "depressive Anpassungsstörung", deren Auslöser belastende Ereignisse, Situationen oder Lebenskrisen von nicht außergewöhnlichem Ausmaß sind, und die mit ähnlicher Symptomatik einhergeht. Typischerweise beginnt die Entwicklung hin zu einem "Burn-out-Syndrom" mit einer enthusiastischen Phase, bei der eigene Bedürfnisse für ein bestimmtes (berufliches) Ziel hintenangestellt werden und ohne Erholungs- und Entspannungsphasen gearbeitet wird. Häufig fühlen sich die Betroffenen in dieser Phase unentbehrlich und als die einzige Person, die weiß, "wie´s geht". Misserfolge werden ignoriert und im Verlauf werden Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, unspezifische körperliche Symptome erste Boten der nahenden Erkrankung. Es treten auch gereizte Verstimmungszustände auf.

Begünstigende Faktoren für die Erkrankung sind Persönlichkeitszüge mit Perfektionsstreben und ein Helfersyndrom, objektive Überforderung, organisationspsychologische Ursachen und gesellschaftliche Faktoren.

Entsprechend der Vielzahl von Faktoren, die das Entstehen der Erkrankung beeinflussen, muss die Behandlung verschiedene Ansatzpunkte umfassen: Arbeit am Selbstbild, Veränderung der beruflichen Situation und des Freizeitverhaltens, Entspannungstechniken, gegebenenfalls medikamentöse Unterstützung.

### **Verfasser:**

Mandy Schmeißner PDL, im Juni 2012

### **Quellenangabe:**

- Internet
- LWL Psychiatrischer Verbund
- Gerontopsychiatrisches Konzept „Haus Aaron“

- „Praktische Psychiatrische Pflege“, Arbeitshilfen für den Alltag (Deininger/Villinger/Steppe, Psychiatrie-Verlag)
- „Psychiatrie“ (Tölle/Windgassen, Springer Lehrbuch)
- „Psychiatrie mit offenen Türen“ (Bernardi/Gerber/Krison u. a., Thieme Verlag)
- Wikipedia - Die freie Enzyklopädie