

DBP. RUTH STRAUCH-LINTSCHNIG MÖGLICHKEITEN ZUR HILFE UND SELBSTHILFE FÜR MENSCHEN MIT EINEM ORGANISCHEN PSYCHOSYNDROM

Der Vortrag ist in vier Schwerpunkte gegliedert:

- * **Was ist ein OPS - Definition**
- * **Die zwei Verlaufsformen von OPS - reversibler und chronifizierter Verlauf**
- * **Konkrete Möglichkeiten zur Hilfe und Selbsthilfe**
- * **Unsere Erfahrungen mit der institutionellen Umsetzung**

Um über Möglichkeiten zur Hilfe und Selbsthilfe für Menschen mit einem organischen Psychosyndrom zu sprechen, ist es einmal wichtig zu schauen, was wird überhaupt unter einem organischen Psychosyndrom, kurz OPS, verstanden, und wie wir zu diesem Projekt gekommen sind:

Zum Namen :

Organisches = körperlich

Psycho = seelisch

Syndrom = Summe aller Merkmale/Kennzeichen

Ein OPS ist somit das Gesamtbild aller seelisch-geistigen Auswirkungen, die einen körperlichen Ursprung haben.

Ausgangspunkt:

Ausgangspunkt des Konzeptes, nach dem wir hier im Dorf arbeiten, war ein Projekt, welches sich mit der Lebenssituation körperlich behinderter Personen im Dorf, die von einem OPS betroffen sind, befaßte.

Dieses Konzept wurde unter der Mitarbeit vieler Betroffener sowie Mitarbeiter aus verschiedenen Abteilungen des Dorfes und außenstehenden Personen erstellt.

Das Ziel war und ist es, die Verbesserung der Lebenssituation der Betroffenen sowie der Arbeitssituation der Mitarbeiter zu erreichen.

1. WAS VERSTEHEN WIR UNTER EINEM OPS

Ätiologie = Ursache eines OPS

Die ätiologischen Grundlagen des OPS sind sämtliche Krankheiten und Schädigungen, die das Gehirn mittelbar oder unmittelbar betreffen (mittelbar = z.B. Auswirkungen einer progressiven cerebralen Erkrankung; unmittelbar = direkte Einwirkung z.B. durch einen Unfall).

Die Diagnose eines OPS setzt somit immer eine Organizität als notwendige Bedingung voraus.

Hauptsymptome = Hauptmerkmale eines OPS

* **Das Pseudoneurasthenische Psychosyndrom:**

Darunter sind Störungen der affektiven Reaktivität bezeichnet, wie zum Beispiel:

- eine gesteigerte emotionale Labilität
- motorische Unruhe
- Einschränkungen der Merk- bzw. der Konzentrationsfähigkeit
- erhöhte Ermüdbarkeit

* **Die organische Persönlichkeitsveränderung:**

Sie wird umschrieben durch Symptome wie

- Antriebslosigkeit
- Verlangsamung bzw Enthemmung
- emotionale Euphorie

* **Die Demenz**

Unter dem Begriff der Demenz werden fortschreitende kognitive Symptome verstanden.

Diese sind:

- Störungen der Begriffsbildung
- des Auffassungsvermögens
- der Kombinationsfähigkeit
- des Erfassens von Sinnzusammenhängen und Abfolge

Diese Symptome können einmünden bzw. verbunden sein mit einer räumlichen, zeitlichen, persönlichen Desorientierung.

Psychotische Einschübe können in das Bild des OPS eingestreut sein. Tritt nun ein Symptom-Komplex dieser drei klinisch-diagnostischen Merkmale auf, spricht man von einem OPS.

So weit bzw. so kurz zur eher rein medizinisch-psychopathologischen Definition des OPS.

Uns dienen diese Hauptsymptome eher als Leitfaden bzw. um Klarheit oder Abklärung zum Begriff zu erhalten.

Für die Situation von Betroffenen im Dorf benutzen wir eine andere als obige phänomenologische Unterscheidung, da uns zum einen eine klare Unterscheidung zwischen pseudoneurastischem Syndrom und organischer Persönlichkeitsveränderung nicht möglich erscheint und zum anderen die psychopathologischen Begriffe, wie Sie vielleicht selbst gemerkt haben, in hohem Maße defizitorientiert sind und somit mit einer Entwürdigung der Betroffenen einhergehen.

In der Praxis gehen wir so vor, daß abgeklärt wird, ob eine organische Schädigung bzw. Krankheit des Gehirns oder des Zentralnervensystems vorliegt und *in welcher Form* die drei klinisch-diagnostischen Merkmale beobachtbar sind.

Das heißt: Wir konzentrieren uns eher auf die Art und Weise des Verlaufs der Krankheit, sprich auch auf die nähere Geschichte und Entwicklung der Person, auf das was ihr in der Vergangenheit und Gegenwart geholfen hat - gut tut, oder aber auch was möglicherweise zu einer Krise geführt haben könnte.

Wir gehen davon aus, daß die Symptomatik bei einem Teil der Betroffenen rückbildungsfähig - also *reversibel* - ist, und bei einem anderen Teil - bedingt durch die fortschreitende Grunderkrankung - eher *chronisch* ist.

Daher bevorzugen wir die Begriffe: **reversibler und chronifizierter Verlauf.**

Reversibler Verlauf:

Es bestehen geringfügige, eher regredierende, kognitive Einschränkungen, affektive Symptome dominieren.

Chronifizierter Verlauf:

Es bestehen ausgeprägte kognitive Einschränkungen neben affektiven Symptomen.

Aber schon wieder beschreibe ich gut gemeinte Begrifflichkeiten mit den alteingesessenen defizitären und unverständlichen Formulierungen. Sie sollen es ihnen ermöglichen, nachvollziehen zu können, was wir wo zuordnen.

Entscheidend ist ja bei Begrifflichkeiten die dahinterliegende Fragestellung.

Bei psychopathologischen Beschreibungen - pathologisch = krankhaft -, das sagt schon sehr viel, steht eben die Frage oder Suche nach dem krankhaften, nicht normalen, dahinter: Was kann er nicht?, Wo liegen Störungen?

Auch in oft gut gemeinten Fragestellungen oder Formulierungen wie „Was kann er alles?“ oder „Was kann er alles noch?“ wird implizit doch auch ausgedrückt, was er nicht oder nicht mehr kann.

Hinzu kommt, daß die Antworten in den meisten Fällen nur spärliche Hinweise darauf geben, was im Alltag konkret zu tun ist.

Ich denke, sich zu fragen oder danach zu suchen, „*was brauche ich, er oder sie*“, vermindert nicht nur entwertende Bezeichnungen, sondern dient vor allem dazu, hilfreiche und konstruktive Handlungsrichtlinien zu konstruieren

2. SO KOMME ICH NUN ZU UNSEREM VERSTÄNDNIS DER BEIDEN VERLAUFSFORMEN, DIE AUF DIESEM HINTERGRUND BASIEREN

Chronifizierter Verlauf:

Wenn ich mir nun also vorstelle: Ich bin eine Frau, die an einer fortschreitenden Krankheit leidet (nehmen wir zum Beispiel Spinale Muskelatrophie), dann geht es unseres Erachtens darum, daß ich als Betroffene mich sowohl mit dem körperlichen Fortschreiten meiner Erkrankung sowie auch mit den damit einhergehenden psychischen Auswirkungen *versöhne*.

Ich stehe vor der Aufgabe, immer wieder aufs neue *meine Identität als Person zu rekonstruieren*, mich immer wieder von neuem *mit dem Verlust von Fähigkeiten und von Lebensmöglichkeiten* und damit *einhergehenden Verengungen meiner Lebenswelt* auseinanderzusetzen.

Und dementsprechend muß ich mich jeweils neu *in bezug auf meine Lebenswelt organisieren*.

Wenn ich also durch einen Schub meiner Erkrankung die Fähigkeit verliere, meine Arme zu bewegen, so bin ich damit konfrontiert, Wege und Möglichkeiten zu finden, in denen ich mich z.B. auch ohne Arme als wertvolle Person erlebe, meinem Leben einen Sinn geben kann. In so einer Situation also, in der mein Leben sozusagen gekennzeichnet ist von Unstabilität - eine Betroffene hat mir gegenüber einmal einen sehr treffenden Ausspruch getätigt: „Meine ganze innere Welt droht langsam abzubrockeln“ - in so einer Situation ist es umso wichtiger, daß die äußere Welt stabil ist und bleibt.

Lebensqualität ist gegeben durch:

- eine hohe Strukturiertheit und Stabilität der emotionalen Beziehungen innerhalb welcher ich lebe (wenn also die Welt um mich herum nicht dauernd zerbröckelt);
- ein geringes Streßausmaß (von psychischer wie physischer Bedeutung - bei viel Streß schwaches Immunsystem);
- eine hohe Gesichertheit und Strukturiertheit von Lebensabläufen und existentiellen Grundlagen;
- Assistenz/kompensatorische Betreuung im psychosozialen Bereich - das kann heißen, die Lebenssituationen zu vereinfachen und andererseits die Erhaltung der kognitiven Fähigkeiten;
- eine passende medikamentöse Einstellung;
- Unterstützung/Ermöglichung autoprotektiver (= selbstschützender) Strategien;

Diese können uns oft sehr fremd erscheinen oder auch gegen unsere Werte sein, und daher fällt es uns dann schwer, sie als solche zu erkennen (z.B. Fernsehen, Schwerhörigkeit, Nichtteilnahme an Selbsthilfegruppen).

Krisen können nun eintreten, wenn es durch *personeninterne Faktoren* (d.h. wie im oben erwähnten Beispiel durch einen Schub) zu einer Auflösung meiner bisherigen Lebenswelt kommt, oder aber auch durch *personenexterne Faktoren*, z.B. durch eine kritische Streßzunahme oder den Tod eines mir nahestehenden Menschen oder aber auch dadurch, daß sich Regeln oder Gewohnheiten in meinem Leben ändern (MA-Wechsel).

Eine Krise birgt dann in unseren Augen den Hinweis darauf, daß

- das Beziehungsfeld wieder eindeutig organisiert werden sollte (z.B. Intensivierung der Bezugsperson, Ansprechpartner);
- situative Stressoren reduziert werden müssen, Ruhenischen und Rückzugszonen etabliert werden sollen; berufliche und private Termine einschränken;
- soziale und zeitliche sonstige Regeln wieder in Kraft zu setzen sind bzw. etabliert werden müssen;
- eine Isolierung oder der Kontaktabbruch mit dem Betroffenen auf jeden Fall vermieden werden sollten;
- eine entsprechende medikamentöse Stützung sichergestellt werden sollte;
- im äußersten Fall eine situative Unterbrechung herbeigeführt werden muß (z.B. durch eine psychiatrische Einweisung oder im Alltag z.B. bei eskalativen Kommunikationsabläufen).

Das Wesen einer Krise in diesem Kontext besteht im Versuch, die Situation zu bewältigen. Sie ist damit immer auch ein Teilprozeß in einem Trauerprozeß, und in diesem Sinn soll das Ausagieren von Symptomatik möglich sein (in einem begrenzten und sozial kontrollierbaren Rahmen). Äußerst hilfreich erscheint uns auch ein medizinisch-streßbezogenes Krisenverständnis.

Ich möchte Ihnen hierzu ein paar Beispiele konkreter Handlungsrichtlinien bzw. Empfehlungen speziell für diese Verlaufsform vorstellen.

THEMA	FÜR DIE CHRONIFIZIERTE VERLAUFSFORM	FÜR BEIDE VERLAUFSFORMEN	FÜR DIE REVERSIBLE VERLAUFSFORM
-------	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------

BETREUUNG UND PFLEGE

<i>Betreuung und Pflege</i>	Verschiedene Aufgaben in der Hausarbeit, Hausorganisation anbieten.	Überforderung vermeiden.	
		Vor größeren personellen Veränderungen soll der Betroffene rechtzeitig informiert sein, um sich darauf vorzubereiten.	
	Den Betroffenen zur Mitarbeit bei Pflegevorgängen motivieren.		
	Seine Mitarbeit anerkennen.		

BEZIEHUNG UND KOMMUNIKATION

<i>Beziehung und Kommunikation</i>		Das Verhalten der Mitarbeiter ist untereinander abgestimmt.	
	Nur eine Person in einer Pflegesituation soll als Gesprächspartner fungieren.		
	Gleichzeitigkeit des Redens - etwa in der		

	Pflege - vermeiden, die Konzentration soll sich ausschließlich auf den Betroffenen fokussieren.		
--	---	--	--

KRISENINTERVENTION

Krisenintervention	Eigene Wünsche des Betroffenen sollten, wo dies möglich ist, im Sinne einer erhöhten Lebensqualität gewährleistet werden; wo der Betroffene Wünsche äußert, kann dies als erster Schritt aus der Krise heraus verstanden werden.		
---------------------------	--	--	--

Anders verhält es sich beim

Reversiblen Verlauf:

Hierbei muß ich mich in die Lage eines Menschen versetzen, der z.B. aufgrund eines Unfalles viele motorische und psychische Fähigkeiten verloren hat und nun *auf der Grundlage zunehmender und stabilisierender Fähigkeiten seine Identität versucht zu ordnen - und dementsprechend das jeweilige Lebensfeld immer wieder neu strukturieren muß.*

Zum Beispiel, wenn ich die Fähigkeit des Gehens wieder erlange, heißt das nicht nur, daß ich mich damit auseinandersetzen muß, wo ich nun hingehöre, wer ich nun bin, sondern auch, welche Arbeits- bzw. Lebensmöglichkeiten ich nun habe. *D.h., mein Selbstkonzept muß ständig neu angepaßt werden. Die Geschichte über mein eigenes Selbst wird ständig neu umschrieben.*

Bedeutsam sind hierbei die beiden Dimensionen *Autonomie*= Selbständigkeit und *Anpassung*, die auch jeweils neu strukturiert werden.

Wenn ich also die Fähigkeit wieder erlange, den Weg von meiner Wohnung zur Arbeit selbständig zu bewerkstelligen, wo ich lange Zeit Begleitung brauchte, erfordert das neue Regeln, neue Arrangements, neue Strukturen.

Reversibler Verlauf bezeichnet somit vorrangig einen Autonomisierungsprozeß und dieser basiert auf:

- der Möglichkeit und Fähigkeit, mich von anderen (seien es Mitarbeiter, Bewohner, Geschwister oder Eltern) deutlich abzugrenzen, zu unterscheiden = Ich-Identität;
- möglichst hohe Selbstbestimmung und Selbstmanagement über das Ausmaß und die Art der Assistenz/der Begleitung derer ich Bedarf;
- eine zum Teil stabilisierende und zum Teil konfrontierende Orientierung/Haltung meiner Umwelt mir gegenüber.

Denn Autonomisierung scheitert sowohl dort, wo der Betroffene auf keinen Widerstand stößt, wie auch dort, wo der entgegengesetzte Widerstand zu hoch ist.

Auf der Grundlage dieser Sichtweise geht es in der Arbeit darum:

- Spannung, Konflikt, Ambivalenz, Mehrdeutigkeit aufrechtzuerhalten.
- Streß und Mehrdeutigkeit sollen nur begrenzt reduziert werden.
- Eine Hilfestellung besteht in der Balance zwischen Regelvorgabe und Autonomie.

Wie ich schon erwähnte, geht es auch vor allem um das Gewinnen von Identität.

Die Grunddynamik des Individuationsprozesses stellt nun nach unserem Verständnis die ungelöste Ambivalenz zwischen dem Bedürfnis nach Autonomie einerseits und Sicherheit und Einbettung andererseits dar.

Ein Beispiel hierfür könnte sein: Wenn ich mich von meinem Arbeitskollegen abgrenzen will, um eigenständiger sein zu können, und zum anderen aber auch seine Freundschaft und Hilfe sehr schätze und brauche.

Krisen können nun entstehen, wenn eine Seite der Ambivalenz abgespalten wird, z.B. mein Bedürfnis nach Freundschaft und Hilfe, und in der Folge nach außen projiziert wird, z.B. ich habe das Gefühl, daß der Mitarbeiter mich nicht mehr zusammen mit meinem Arbeitskollegen arbeiten läßt.

Um diese abgespaltenen Bedürfnisse reintegrieren zu können (sie als meine für mich erlebbar zu machen), ist es hilfreich, wenn ich mich als Betroffener Menschen gegenüber sehe, die in der Lage sind:

- Projektionen mit Gelassenheit und Festigkeit standzuhalten.
Dies beinhaltet die konfrontative *Zurückweisung* einer Projektion zum einen und zum anderen. ein wertschätzendes Beleuchten/Wahrnehmen dieses Bedürfnisses - *Zurückdeutung*.

Auch ist es wichtig, in Gesprächen zu überprüfen, wie realistisch die Wünsche und Bedürfnisse des Betroffenen sind, welche Vorteile und welche Nachteile sie haben, ob es zwischen einem entweder „Abgrenzen“ oder „Freundschaft und Hilfe“ auch ein Miteinander gäbe. Dies kann einmünden in Lösungsvorschläge, die im Sinne einer Sowohl-als-auch-Logik beiden Seiten der Bedürfnisse des Betroffenen gerecht werden.

- Unterstützung von einer Entweder-oder-Logik hin zu einer Sowohl-als-auch-Logik.

Eine Identitätsbildung scheint somit dann geglückt, wenn ich als Betroffener auch mein abgespaltenes Bedürfnis reintegrieren kann.

In diesem Sinne sehen wir Krisen im Kontext des reversiblen Verlaufs als sichtbare Entwicklungsschritte nach vorne. Krisen sind ein Zeichen sichtbarer Identitäts-Restrukturierung wie vorher beschrieben. Sie treten auf in Situationen der Autonomieverletzung oder der Autonomieeinschränkung.

Wenn also, wie im schon erwähnten Beispiel, ich die Fähigkeit wieder gewonnen habe, alleine den Weg von der Wohnung zur Arbeit zu bestreiten, und meine Umwelt dem nicht Rechnung trägt - es nicht erkennt, mich beispielsweise weiterhin begleitet.

Wie auch dann, wenn sozialer Status und Identitätsunterschiede aufgehoben werden. Ein Beispiel hierfür könnte sein, wenn ich als Betroffener aufgrund meiner zurückgewonnenen Selbständigkeit die Möglichkeit habe, von einer Institution in eine eigene Wohnung zu übersiedeln. So hatte ich vorher vielleicht meinen ganz speziellen Platz, meine Rolle, ganz bestimmte Aufgaben, kann ich mich nun damit konfrontiert fühlen, einer von vielen zu sein. Zum anderen treten sie auch in Erscheinung, wo den Autonomiebedürfnissen keine Grenzen gesetzt werden.

Wir bewerten Krisen in diesem Zusammenhang als durchaus positiv. Was nicht heißt, daß eine Krise für alle Beteiligten nicht schwierig ist oder wir den Betroffenen in seiner Krise „be-lassen“ - im Gegenteil: die Krise eines Betroffenen soll eindeutig wahr- und ernstgenommen werden, die Krise soll ein wesentliches Thema überhaupt im Austausch mit den Betroffenen sein.

Krise ist somit für uns ein persönlicher und sozialer Prozeß der Individuation (Identität entwickelt sich durch Krisen) und kein pathologisches Geschehen.

Ein psychosoziales Krisenverständnis, in dem der Mitbetroffene auch persönlich beteiligt ist, scheint uns angemessen.

Bin ich also z.B. als Mitarbeiter bei einem Menschen mit chronifiziertem Verlauf damit konfrontiert, daß er mich beschuldigt, daß ich seinen Kleiderschrank immer unordentlich einräume, könnte ich aus dem *medizinisch-streßbezogenen* Krisenverständnis heraus die Idee entwickeln, daß diese

Beschuldigungen kein persönlicher Angriff gegen mich sind, sondern ein Ausagieren seines Trauerprozesses in bezug auf den Verlust von eigenen Fähigkeiten oder aber auch von Überforderung darstellen. Über dieses Verständnis werde ich Strategien entwickeln können, welche im Sinne eines Arrangements für mich als Mitarbeiter wie für den Betroffenen ein qualitätsvolles Miteinander Arbeiten bzw. -Leben ermöglicht.

Im Gegensatz dazu ist es hier beim reversiblen Verlauf wichtig, mich nicht gänzlich herauszuhalten, mir nicht zu denken, das hat nichts mit mir zu tun, sondern, aus einem *psychosozialen* Verständnis heraus, mich zur Verfügung zu stellen, mit all meinem Widerstand, aber auch mit all meinem Mut zur Selbständigkeits- und Identitätsgewinnung beizutragen.

Ein paar Beispiele spezieller Möglichkeiten zur Hilfe und Selbsthilfe:

THEMA	CHRONIFIZIERTE VERLAUFSFORM	BEIDE VERLAUFS- FORMEN	REVERSIBLE VERLAUFSFORM
-------	--------------------------------	---------------------------	----------------------------

BETREUUNG UND PFLEGE

<i>Betreuung und Pflege</i>		Im Zusammenhang mit dem Selbstwert kommt es oft zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Geschlecht. In Alltagsgesprächen sollen dementsprechend maskuline oder feminine Themen angesprochen werden.	
---------------------------------	--	--	--

TAGESABLAUF

<i>Tagesablauf</i>		Kontakt mit externen Personen fördern:	Lebensgestaltungswünsche des Betroffenen sollen hinsichtlich ihrer Realitätsbezogenheit genau überprüft werden (Wunschdenken). Mit dem Betroffenen unterschiedliche Lebensgestaltungsszenarien erarbeiten.
--------------------	--	--	--

BEZIEHUNG UND KOMMUNIKATION

<i>Beziehung und Kommunikation</i>			Im Rahmen einer Konfliktlösung ist es hilfreich und sinnvoll, daß alle Konfliktpartner an einem Tisch gemeinsam an einer Problemlösung zu arbeiten versuchen.
--	--	--	---

BEZIEHUNG UND KOMMUNIKATION

<i>Arbeit</i>			* Dem Betroffenen die Möglichkeit geben, sich als Spezialist für bestimmte Arbeiten zu profilieren und dadurch gesellschaftlichen Status und Identität zu verschaffen.
			* Analog zum Wohnfeld sind Stufen individualisierter Arbeitsprozesse zu entwickeln.

KRISENINTERVENTION

<i>Krisenintervention</i>			Krisen sind ein Zeichen dafür, daß Regeln und Verbindlichkeiten noch präziser und eindeutiger werden müssen. Insofern ist in dieser Situation eine verstärkte Grenzziehung, verstärkter Widerstand der Mitarbeiter hilfreich. Mitarbeiter sollten in diesem Sinne eine offensive statt defensive Haltung einnehmen. Die Krise findet ihren Abschluß in der Vereinbarung von neuen Autonomiegrenzen.
---------------------------	--	--	---

Bevor ich nun noch weitere Beispiele von Empfehlungen vorstelle, möchte ich die beiden Verlaufsformen noch einmal kurz gegenüberstellen.

Organisches Psychosyndrom

IM CHRONIFIZIERTEN VERLAUF	IM REVERSIBLEN VERLAUF
Thema mit Situation zu versöhnen	Thema Versuch, mich neu zu ordnen
Krisensymptome Ausdruck von Ängste, Wut, Trauer	Krisensymptome Ausdruck von Unsicherheit, wo gehöre ich hin, was soll ich tun?
Stabilität	Entwicklung

3. So komme ich nun zum eigentlichen Teil der praktischen Umsetzung unserer Ergebnisse, unseres Verständnisses - den Empfehlungen und Betreuungsrichtlinien:

Einige Beispiele zu den beiden Verlaufsformen habe ich ihnen ja schon vorgestellt:

Ich denke, Sie haben auch schon ein bißchen ein Bild davon gewonnen, daher habe ich für diesen Teil nun Empfehlungen herausgesucht; die noch einmal im speziellen verdeutlichen; wo die Gemeinsamkeiten und wo die Unterschiede der beiden Verläufe liegen.

Aber vielleicht noch kurz vorweg: Die Empfehlungen sind für uns Ziele, Leitlinien.

Wir haben sie in die verschiedensten Tätigkeitsfelder wie Arbeit, Betreuung und Pflege, Medikation, Wohnen, Krisenintervention usw. gegliedert und in die Spalten *chronifizierter Verlauf / beide Verlaufsformen / reversibler Verlauf* getrennt.

Die Empfehlungen stellen operationalisierte Interventionsmöglichkeiten dar. Was nichts anderes heißt, als daß wir das Verständnis, die Idee oder Theorie, die ja nicht beobachtbar, nicht anzuschauen ist, in eben beobachtbares Verhalten/Handeln übersetzt haben.

Wichtig ist mir auch zu sagen: Sie stellen für uns keine fix und fertigen Rezepte oder gar Gesetze dar, sondern sind der Individualisierung und ständigen Überprüfung unterzogen und nach unserem Verständnis niemals komplett. Im Gegenteil, wir sind bemüht, unseren Erfahrungsschatz, unser Wissen zu erweitern.

Von daher möchte ich auch *Sie* dazu einladen, uns (vielleicht in der noch verbleibenden Zeit nach meinem Vortrag, oder aber auch indem Sie uns schreiben) Anregungen, Erfahrungen vielleicht auch anderer Art mitzuteilen.

1. EMPFEHLUNGEN UND BETREUUNGSRICHTLINIEN:

THEMA	CHRONIFIZIERTE VERLAUFSFORM	BEIDE VERLAUFS- FORMEN	REVERSIBLE VERLAUFSFORM

BETREUUNG UND PFLEGE

Betreuung und Pflege	Bei sehr fordernden Entscheidungen, die der Betroffene treffen soll, soll entsprechende Assistenz gewährleistet werden (etwa durch das Einschränken von Alternativen oder klares Aufzeigen von Konsequenzen).	Es sollen klare Festlegungen bestehen (Team-Betroffener), innerhalb welcher Bereiche der Betroffene in welchem Ausmaß selbst entscheidet und wo Festlegungen vorgegeben werden.	Die Kommunikation mit dem Betroffenen soll seitens der betreuenden Personen stark anerkennungs- und stärkenorientiert sein. Sie sollte eindeutig auf die Autonomie und die Selbstentscheidung des Betroffenen ausgerichtet sein.
-----------------------------	---	---	--

BEZIEHUNG UND KOMMUNIKATION

Beziehung und Kommunikation	Bezugsperson soll Ruhe ausstrahlen und Sicherheit geben.	Bezugspersonenwechsel soll vorbereitet sein.	Schlechte Stimmung der Bezugsperson, Ärger, Konfliktorientierung sollen in der Beziehung durchaus zum Tragen kommen.
		Neue Bezugsperson soll gemeinsam gesucht werden.	
	Dem Betroffenen gegenüber eine Konfrontation mit seinem eventuellen intellektuellen und/oder psychische Abbau vermeiden. Vielmehr ist persönliche Stützung und Begleitung von wesentlicher Bedeutung.		Der Betroffene sollte mit der Tatsache des Bestehens eines OPS konfrontiert sein und dazu ermutigt werden, in seiner Lebenskonzeption hierzu Stellung zu beziehen.
	Oberste Richtlinie ist die Stabilisierung des Betroffenen.		

TAGESABLAUF

Tagesablauf	Hobbys und Interessen des Einzelnen berücksichtigen. Neues anbieten und ausprobieren.		Dem Betroffenen Raum geben für seine Einzelinteressen, darauf achten, daß seine Aktivitäten selbst organisiert sind. Bei Inaktivität durch Provokation Anstöße liefern.
--------------------	---	--	---

KRANKHEITSKONZEPT

Krankheitskonzept	Gebrauch eines primär medizinischen und streßbezogenen	Unabhängig von der jeweiligen Ausprägung des Krankheitskonzeptes	Gebrauch eines primär psychosozialen Entwicklungskonzeptes
--------------------------	--	--	--

	Krankheits- und Krisenverständnisses von OPS.	(medizinisch-streßbezogen versus entwicklungsbezogen) erscheint es uns wesentlich, die OPS-Symptomatik als etwas von der Person des Betroffenen Abgelöstes zu betrachten. Der Betroffene ist vulnerabel/verletzbar im Sinne eines organischen Psychosyndroms, aber nicht mit diesem gleichzusetzen.	im Verständnis der OPS-Dynamik.
--	---	---	---------------------------------

4. ERFAHRUNGEN, ERKENNTNISSE, DIE WIR HIER IM DORF MIT DER PRAKTISCHEN UMSETZUNG DIESES KONZEPTE GEMACHT HABEN

Dieser Teil soll und kann nur ein kurzes erstes Blitzlicht von unserer Arbeit wiedergeben. Ausführlicher und fundierter wird gerade dieser Teil in einem von uns herausgegebenen Buch behandelt werden.

Bei der Umsetzung geht es uns vor allem darum, ein gemeinsames Verständnis zwischen den beteiligten Mitarbeitern und - soweit dies möglich ist - den Betroffenen über die Dynamik von psychoorganischen Prozessen im Sinne des OPS's zu erlangen. Das heißt, wir bilden sogenannte Koordinationsrunden, wo wir

- unsere Sichtweisen und Erfahrungen hinsichtlich der Verlaufsform austauschen und auf die jeweilige Situation und Person individualisieren und darauf aufbauend
- zu gemeinsamen oder aber auch unterschiedlichen Richtlinien finden.
- Die Unterschiedlichkeit z.B. zwischen zwei Bereichen kann mitunter auch förderlich sein, wichtig ist aber das Wissen um die Unterschiedlichkeiten wie Gemeinsamkeiten und
- ein doch gemeinsames dahinterliegendes Grundverständnis.

Nach meiner Erfahrung in der Arbeit solcher Runden ist der Austausch zum einen über die einzelnen Sichtweisen, ja Bilder ein sehr wertvolles Gut. Da hier oft der Effekt eines Puzzels entsteht: Verschiedene Teile = Erlebniswelten werden zu einem, ich möchte nicht sagen ganzen, aber doch größeren oder vollständigeren Bild zusammengeführt, welches es oft erst ermöglicht, die Einzelbilder und damit die gemeinsame Arbeit aufeinander abzustimmen.

Zum anderen nützen die Mitarbeiter die Gespräche, zum Beispiel über Theorie, auch für einen Austausch über die momentane Situation: Was ist gestern, was vorige Woche passiert? Was steht an Veränderungen an? usw. Also ein bereichsübergreifender Informationsaustausch der in dieser Ausführlichkeit und oft auch Schnelligkeit sonst nicht geschieht.

Das Individualisieren der Empfehlungen basiert auf den Fragestellungen:

- Wird die Empfehlung zum Teil umgesetzt?
- Wenn ja, mit welchen Auswirkungen für den Betroffenen sowie Mitarbeiter?
- Wenn nein, warum nicht?

Hierbei wird, abgesehen davon, daß Empfehlungen mitunter mit den eigenen Wert- und Lebensvorstellungen kollidieren können, der Bedarf an Begleitung auch dadurch ersichtlich, daß die Empfehlungen so klar und prägnant sie zwar formuliert sind, oft aber auch dazu verleiten, sehr rasch zu sagen: „Ja, das machen wir“ oder „Ja, das wäre gut“.

Bei genauerem Hinterfragen aber - „Wie macht Ihr das?“ oder „Warum eigentlich macht Ihr das?“ - ein bewußtes Überdenken erst in Gang kommt.

Und dies dann zum einen

- genauer nachvollziehen läßt, warum bestimmte Handlungsweisen, die mir vielleicht völlig selbstverständlich erscheinen, diese und jene Auswirkung haben und ich sie somit bewußter, gezielter einsetzen kann, ja mir oft erst dessen Wert bewußt werde und v.a. dies auch dann anderen Mitarbeitern dadurch vermitteln kann.

Zum anderen kann die genauere Betrachtung jeder Empfehlung auch zur Folge haben,

- neue Ideen oder Anregungen zu bekommen oder
- sich klar zu werden, daß diese Empfehlung in unserem Dorf oder Haus nicht möglich ist, weil z.B. zu wenig Personal vorhanden ist oder bestimmte andere Rahmenstrukturen fehlen, und somit dadurch auch gezielt auf Strukturveränderungen hingearbeitet werden kann.

Es kann aber auch zur Folge haben,

- sich ganz bewußt gegen eine Empfehlung auszusprechen, weil sie diese und jene Auswirkungen hätte.

Abschließend möchte ich noch bemerken:

Zu Beginn des Projektes, gab es die Idee, daß diese konzeptierten Vorschläge, Empfehlungen, wenn sie konkret in den Alltag übertragen werden, sich dahingehend auswirken müßten, daß zum einen die *Sicherheit der betroffenen Mitarbeiter* in der Arbeit mit Personen mit OPS steigt und zum anderen es ein hilfreiches Konzept ist, wenn im Rahmen des *chronifizierten Verlaufes* ersichtlich wird, daß es zu einer *Abnahme krisenhafter Entwicklungen* kommt oder die *Dauer einer Krise kürzer* wird. Im Rahmen des *reversiblen Verlaufes* es zu einer *erhöhten Autonomisierung* und eventuellen *Reintegration* des Betroffenen kommt.

Nach meiner nun über zweijährigen Umsetzungsarbeit hier im Dorf, was für eine derartige Arbeit sehr kurz ist, kann ich natürlich nicht behaupten, daß wir dies heute schon vollends bestätigen können. Dazu ist wie gesagt der Beobachtungszeitraum zu kurz.

Was ich aber mit Bestimmtheit sagen kann, ist, daß Ansätze in diese Richtung schon jetzt beobachtbar sind.

Natürlich gibt es in einer Institution auch noch eine Reihe von übergeordneten Auswirkungen, wenn ein solches Projekt seine Umsetzung findet; davon aber mehr im dem bevorstehenden Buch!

Anschrift der Verfasserin:

Ruth Strauch-Linschnig
Das Dorf, Hueb 10, A-4674 Altenhof/Hr.
Tel. 07735/6631-0, Fax 07735/6631-300