

VORTRAG von Jean Claude CEBULA



Zum Thema

FAKTOREN, die zu einer erfolgreichen Betreuung in einer Gastfamilie führen

Einleitung

An erster Stelle möchte ich mich bei den Organisatoren des **INTERNATIONALEN KONGRESSES** zum Thema **ROLLE der GASTFAMILIEN FÜR PSYCHISCH KRANKE** bedanken, die mich hierher eingeladen haben.

Bevor ich mich zum Thema **FAKTOREN** eines erfolgreichen **AUFENTHALTES** in einer **BETREUUNGSFAMILIE** äußere, möchte ich mich kurz vorstellen:

Bin Psychologe mit Schwerpunkt **KLINISCHE AUSBILDUNG**:

Seit 25 Jahren leite ich das Institut zur Bildung und Ermöglichung von Recherchen zur Auswertung medizinisch-sozialer Praktiken (Institut de Formation, de Recherche et d'Evaluation des Pratiques medico-sociales – IFREP).

Es handelt sich dabei um eine Organisation, die im Hinblick auf soziale und therapeutische Fragen (Komplexe) von Kindern und Erwachsenen engagiert tätig. Wir arbeiten regelmässig mit der **DIRECTION GENERALE DE L'ACTION DE LA SANTE** (Generaldirektion für Soziale und Gesundheitliche Belange ----- Anm. des Übersetzers: wahrscheinlich vergleichbar mit unserem Gesundheitsamt). Auf nationaler Ebene haben wir zum Themenkomplex **VERHALTEN** in **GASTFAMILIEN** mehrere Studien durchgeführt. Diese Arbeiten haben dazu beigetragen, dass in Frankreich eine Gesetzgebung (Legislation) für **BETREUTES WOHNEN** von Kindern und/oder Erwachsenen entstehen konnte.

Ausserdem bin ich Gründungsmitglied der **GREPFA**, wo ich über einen längeren Zeitraum die Arbeiten des Sekretariats mit beeinflussen konnte. Seit 1986 führt die **GREPFA** im Bereich „Betreutes Wohnen in Familien“ Veranstaltungen für professionelles Personal durch. Daran haben Deutsche, Österreicher, Belgier, Holländer und Franzosen teilgenommen. Diese Gruppe hatte 1992 einen **INTERNATIONALEN KONGRESS** zum **THEMA** in **MAASTRICHT** organisiert.

FAKTOREN FÜR EIN ERFOLGREICHES BETREUTES WOHNEN:

Einleitung

Es ist unbestritten, Betreutes Wohnen spielt eine wesentliche Rolle bei der Versorgung Bedürftiger: Wie eine Vielzahl von professionell ausgebildetem Personal, konnte auch ich feststellen, dass sich das Verhalten von Patienten mit psychischen- und /oder Beziehungsproblemen innerhalb einer Gastfamilie verbessern konnte. Die Gastfamilie hat in der Regel „mehr toleriert“ (als die eigene Familie), die Patienten fühlten sich wohler. Die Patienten neigten dazu, mit ihren Problemen fertig zu werden. Die Angst mit den Problemen fertig zu werden, wurde geringer (die Probleme wurde „verwischt“ – estomper).

Es ist unbestritten, die Unterstützung durch Gastfamilien hat therapeutische Auswirkungen: Es ist dieser Aspekt, den ich in meinem Vortrag vertiefen möchte. Aus meiner Sicht handelt es sich um folgende Faktoren, die sich positiv durchs Betreutes Wohnen auswirken:

- die Vorstellung, das Privat- /Seelenleben innerhalb einer Familie zu teilen; der psychisch Kranke spürt an seinem neuen Platz, dass er als Mensch eine „andere Rolle“ spielt/spielen kann/darf, er lernt, sich anzupassen
- die Gastfamilie lernt, mit dem psychischen Verhalten umzugehen

Um die Aufmerksamkeit auf die Unterstützung der Gastfamilien zu lenken, möchte ich außerdem den weitgehend „pflegenden“ Aspekt einer Unterbringung in Familien betonen.. Der Gesundheitszustand der zu betreuenden Personen kann einerseits durch FAMILIEN-Strukturen und andererseits durch psychotherapeutische Hilfe teilweise verbessert werden. Bevor ich die Faktoren, die zum Erfolg führen, aufzähle, möchte ich einige kurze Bemerkungen zur Entwicklung des Betreuten Wohnens machen:

- Zur Vorstellung, was ERFOLG bedeutet:

Seit 20 Jahren führe ich mit einem professionellen Personenkreis – Psychologen und Sozialpädagogen – Seminare durch, die dem Erfolg und dem Misserfolg gewidmet sind. Was heißt Erfolg in einer Familie: Handelt es sich um die „gute Integration“ eines Patienten innerhalb einer Familie, die Dauer der Betreuung, die dauerhafte Installierung in einer Familie; oder handelt es sich um eine Unterbrechung vorheriger Verhaltensmuster und damit um Veränderungen, die es einem Patienten ermöglichen, neue Erfahrungen im Hinblick auf ein (neues) gesellschaftliches Leben zu machen, d.h. das Leben eines Patienten kann möglicherweise durch die NEUE Situation verbessert – bzw., in Einklang - gebracht werden. Außerdem stellt sich die Frage, ob die Erfolgsfaktoren nicht auch von den betroffenen Akteuren abhängen (z.B. Verhalten Gastfamilie, daran gekoppeltes Verhalten des Patienten)? Es kann z.B. bereits die Aufnahme eines Patienten in eine Gastfamilie ein positiver Faktor sein. Im Gegensatz zur Betreuung in einer Familie kann die PFLEGE durch ein Professionelles Pflorgeteam, die in dem Patienten nur den „chronisch Kranken“ sieht, den Erfolg in Frage stellen.

Zum Thema Evolution und Veränderung:

Ärztliche Ratschläge im Hinblick auf das Projekt:

Nicht alle Patienten profitieren von der therapeutischen UNTERBRINGUNG in einer Familie. Gewisse pathologische Verhaltensmuster sowie die eigene persönliche Entwicklung eines Patienten können jedoch vorteilhaft für die Unterbringung in einer Familie sein. Dabei wäre es wichtig, über folgende Merkmale nachzudenken:

- + pathologische Muster
- + Klassifikation d. Erkrankung
- + Beziehungsfähigkeiten
- + der Aufenthaltsort und dazu eine komplementäre Therapie (medikamentös und/oder therapeutisch)

Wie alle PFLEGE/Betreuungs-Fälle, kann die familiäre Betreuung nicht frei von introgenen (negativen) Auswirkungen sein. Das BEHÜTET-WERDEN kann zu hoch dosiert sein und dadurch negative Folgen haben.

Deshalb sollten manche Patienten – bzw. die Vermittler - wegen des (ggf. mangelnden) Toleranzlevels innerhalb einer Familienbetreuung vorsichtig sein. Hinsichtlich der Fragen zur Dosierung und wichtiger ärztlicher Ratschläge sollte man gründlich darüber nachdenken, ob das Leben innerhalb einer Familie möglicherweise schmerzhaftes Traumas hervorrufen kann. Es wäre daher ferner wichtig, sich im Vorfeld über jede einzelne Familie, die zur Betreuung bereit wäre, Gedanken zu machen, d.h. die Fähigkeiten auszuloten. Die Familienbetreuung wird noch zu oft aus wirtschaftlichen Gründen benutzt. Es trägt zu keiner Lösung bei, wenn man die in Krankenhäusern „eingekapselten“ Patienten loswerden will, um die Institutionen zu „leeren“. Das traditionelle Projekt des „Asyls eine Patienten“ ist deplaziert. Man orientiert sich auf „Betreutes Wohnen in Familien“, wo der Patient langfristig betreut und gepflegt wird.

Wie sehen die Hoffnungen aus, die man sich im Hinblick auf den Aufenthalt und die Dauer der Betreuung macht? Wie kann man am besten von einem derartigen Aufenthalt profitieren? Wie können Patienten heilend mitwirken bei einem Aufenthalt in einer GASTFAMILIE, wie können sie selbst helfen, zur Normalität ihres Lebens zurückzufinden? Diese Fragen sind sehr aktuell: Mehrere sozialpädagogische Fachkräfte und Psychologen versuchen, Antworten und Ratschläge in dieser Hinsicht zu finden und befürworten als ersten Schritt das Betreute Wohnen in einer Familie. Insbesondere für junge Patienten, die bereits in therapeutischer Behandlung waren /sind und wo man davon ausgeht, dass sie keinen langen Aufenthalt benötigen, wird die Gastfamilie vorgeschlagen.

- Zum Vorschlag Betreuung:

Die Pflege in einer Familie kann nur dann Erfolg versprechend sein, wenn der Aufenthalt nicht zur „Überwachungsstelle eines Verrückten“, oder Zum Aufenthaltsort eines verächtlichen Reisenden wird,

Früher in der Geschichte wurden die Patienten aus wirtschaftlichen Gründen vom „Pariser Asyl“ in ländliche Regionen deportiert, wo keinerlei familiäre Geborgenheit zu erwarten war.

Die Auswahl der FAMILIEN(Betreuung) ist daher sehr schwierig: Man muss die Familien auf ihre Kompetenzen hin prüfen und ihnen eine begleitende Ausbildung geben. Die Vorbereitung für die Betreuung ist sowohl für die aufnehmende Familie als auch für den

Patienten eine wichtige Phase. Zur psychologischen Vorbereitung muss die Zeit für beide Seiten gleichermaßen genutzt werden. Trotz der nur kurz dargestellten Faktoren dieses Handlungsablaufes reicht es nicht aus, einen Erfolg herbeizuführen. Selbst wenn sich der pathologische Zustand eines Patienten verbessert, kann der Zustand nach wie vor sehr fragile sein. Es hängt zu einem großen Teil von der zu betreuenden Familie, d.h. von ihrer Präsenz und Kompetenz ab. Mangelnde Kompetenz und ein nicht ausgeprägtes Einfühlungsvermögen kann gewisse Probleme / Ängste eines Patienten aufs Neue auslösen. Wenn das der Fall ist, ist eine Besserung des Patienten von vornherein begrenzt und ohne Hoffnung auf einen Fortschritt. In so einem Fall gibt es – weder für den Patienten noch für die Gastfamilie – eine alternative Lösung. Die Schwachstellen (d.h. eine zerbrechliche Familienstruktur) hinsichtlich „heilender Unterstützungsmaßnahmen und Pflege“ verdienen eine nähere Betrachtungsweise: Leider befinden wir uns auf einem Feld, wo die Gegebenheiten sehr unterschiedlich sind. Folglich müssen wir bescheiden bleiben. Man muss bedenken, dass die Situationen in jeder zu betreuenden Familie sehr unterschiedlich sind: die Krankheit und die begleitende „professionelle psychologische Betreuung kann sich „positiv“, aber auch negativ, auswirken. Das gleiche gilt für die Behandlung innerhalb einer Familie. Der Patient und/oder die Familie spielen eine einmalige Rolle, denn jede Familie hat ihre eigenen Besonderheiten. Die Besonderheit wechselt mit jedem einzelnen Akteur (unterschiedliche Verhaltensmuster), mit dessen Motivation sowie der persönlichen Entwicklung. Ein zusätzliches Kriterium auf beiden Seiten ist die unterschiedliche Erwartungshaltung, die von keiner Familie auf die andere übertragbar ist; sie ist genauso wenig übertragbar von einem Patienten auf den anderen.

- Ein kurzer geschichtlicher Aspekt :

Der Versuch des Verstehens „unterschiedlicher Verhaltensmuster/Kriterien“ ist alt. Der Versuch geht vielleicht zurück auf die Familien-Betreuung in GEEL. Dort wurden bereits im Mittelalter psychisch Kranke in so genannte Ordnungslager aufgenommen. Diese Situation ist mit negativen Erinnerungen verbunden. Die Bevölkerung war irritiert, sie lehnte damals die zu betreuenden Kranken als auch deren „hergebenden“ Familien ab. Ich erinnere an den Gründungsmythos nur deshalb, um die Symbolik des Erfolgs zu erwähnen: Im 7. Jahrhundert kam es in Geel zu einem Familiendrama zwischen einem inzestuösen Vater und einer vom heiligen Geist besessenen Tochter. Das Mädchen hatte den Verstand verloren und wurde auf Befehl ihres verrückten Vaters enthauptet. Der Vater hatte seine Tochter verloren. Das Beispiel zeigt, dass der VATER das Verbot des INZESTs „verinnerlicht“ hatte und seine Tochter folglich (nach außen hin) „ablehnen musste“. Das VERBOT erlaubt es aber auch, dass das Individuum danach suchen kann, „die Rolle des Beschützers übernehmen“ zu wollen. Geel lehrt uns aber auch, dass ein Kranker, der von einer Ursprungsgemeinde (oder der ursprünglichen Familie) abgelehnt wird, einen Platz in einer anderen Gemeinschaft – mit anderen Verhaltensmustern und anderen Beziehungsstrukturen – finden kann. Die symbolische Dimension findet man im Sinnbild der enthaupteten jungen Frau DYPHNE, die zur Schutzpatronin GEISTESKRANKER ernannt wurde. Die Versorgung/Pflege innerhalb einer Gastfamilie geht auf den Ursprung einer nicht funktionierenden Familie (vom eigenen Stamm) zurück. Zum Abschluss des Themas GEEL und der damit verbundenen Gedanken, möchte ich dennoch auf das GEEL Research Project (Geel Forschungsprojekt) hinweisen: Ein multidisziplinäres Forschungsprojekt wurde 1966 an der COLUMBIA Universität in New York, unter der Leitung von Prof. Leo SROLE, durchgeführt. Dieses Programm hat Hunderte von Forschern im Zeitraum von 10 Jahren mobilisiert. Die Forscher hatten zur Aufgabe soviel wie möglich Informationen zum Thema der Kranken „seit Geel“ zu sammeln. U.a. handelt es sich um folgende Punkte:

- Geschichtliche Faktoren

- Symptome
- Strukturen und Prozesse innerhalb der Gastfamilie
- Praktiken und Eingriffe im Rahmen des Verfahrens „Auffanglager“ als Institution
- Soziale Rollen (-Verteilung)
- Sowie das Beispiel von Geel und dessen Auswirkung auf die Bevölkerung.

Das seither gesammelte Material konnte bisher jedoch kaum ausgewertet werden.

Nun sollten wir einen Versuch machen, die Wirkfaktoren einer Betreuungsfamilie zu klären. Hier sollten wir zunächst die Pflege-Methoden erörtern: In diesem Beispiel geht es um eine Familie, die ohne vorherige spezifische Kenntnisse gefragt wurde, ob sie einen Kranken bei sich aufnehmen möchte. Es war nicht bekannt, wie sich die Situation zwischen der Gastfamilie und dem Patienten im täglichen Umgang miteinander gestalten würde. Die Funktion einer Betreuungsfamilie sowie der „zu Betreuende“ sind nicht – wie im Falle einer Institution (eines Vorübergehenden Auffanglagers) - dergestalt anzusetzen. Die Beziehung zwischen dem Pflegenden und /oder dem Betreuenden und dem Kranken ist anders. Die ermittelten Daten haben ergeben, dass die Praktiken innerhalb einer Familie anders sind als in einer Institution: Im Gegensatz zu einer Institution kann man sagen, dass die Familie keine Geisteskranken aufnehmen. Es handelt sich vielmehr um die Aufnahme von „fragilen Menschen“, mit mehr oder weniger sichtbaren Problemen. Allerdings stellt sich hier die Frage, ob sich die Betreuung auch anders entwickeln kann, wenn es um die tägliche Vertrautheit geht?

Zum geteilten Privatleben innerhalb der Gast-Familie:

a) Ich beziehe mich auf den Begriff „Intimite familiale partagee“ (geteilte Familien-Zuneigungen/Intimitäten). Ich möchte drei Punkte besonders hervorheben, die allerdings noch nicht vollständig konkretisiert werden können:

Jeder „Erfolg“ dieser Möglichkeiten kann sowohl therapeutische als auch pathogene Eigenschaften hervorrufen; es ist wie beim Alchimisten, wo der Erfolg mehr oder minder erkannt werden kann.

b) Zum Begriff der Pflege:

Es handelt sich hier um die Stabilität von Bezugspunkten innerhalb einer Familie, in der u.a. auch Verbote herrschen; Verbote können in den Beziehungsrollen zur Wiederholung von Traumata führen

c) Zur Funktion der Aufmerksamkeit:

Eine gewisse Aufmerksamkeit innerhalb der Gastfamilie kann dazu beitragen, dass psychische Probleme von der Familie aufgefangen werden können.

d) Das Seelenleben und das Selbst:

Wir sollten uns daran erinnern, dass Zuneigung und Intimität ein vitales Bedürfnis ist und eine Distanz zu Anderen schafft. Es ist eine Art des In-Sich-Gehens, um aufzutanken, sich selbst zu finden. Es hilft auch zum Aufbau einer eigenen Identität in einer Welt „ohne Grenzen“ sowie zur Schaffung einer Beziehung zu einem anderen Menschen, der uns etwas bedeutet.

Diese einmalige und familienorientierte Form von Zusammenwohnen und –leben ist zusammengesetzt aus Alltagsroutine sowie aus Vorhersehbarem, das den Aufbau und die Anerkennung von beiden Seiten zulässt, jede Person innerhalb der Familie erledigt Aufgaben und Kleinigkeiten des Alltags. Folglich bedeutet das Familiäre eine Komplementarität zur Intimwelt und ermöglicht eine Autorität, die nicht durch überhöhte Forderungen gekennzeichnet ist. Von der jeweiligen Person werden verschiedene Leistungen erbracht.

Wenn das FAMILIÄRE hergestellt und vorhanden ist, können kleine Manien oder irreguläres Verhalten (Einstellungs-/Verhaltensmuster/Gepflogenheiten) aufgelöst werden. Die Verschiedenartigkeit wird akzeptiert, sie erzeugt Zuversicht, Absicherung und Vertrauen beim „normalen Menschen“. Ich behaupte, dass die Familie einen „normalen“ Menschen aufnimmt und keinen „geistig“ Kranken.

e) Zur Stabilität von Bezugspunkten und Bezugspersonen:

Die Möglichkeit, selbst zu sein wird aufgebaut anhand ständiger Bezugspunkte und den Erinnerungen aus der Vergangenheit. Konkret gesagt, wird das Familienleben durch Vertrauen, Teilen der Räumlichkeiten, der gemeinsamen Erlebnisse, der Werte sowie der Grenzen des Intimen durch das Zusammenspiel eines jeden Einzelnen (auch des aufgenommenen kranken Gastes) geprägt.

f) Zur Teilhabe und (an)erkennen der Grenzen innerhalb familienorientierter Strukturen:

- Sie entspringen nicht der Tatsache einer internen Regelung, sondern einer Familien-Kultur
- Sie variieren nicht gemäß des Verhaltens des Einen oder des Anderen.
-

Die Strukturen werden personalisiert durch das ständige Beziehungsverhalten der einzelnen Akteure. Die vertrauten und gleichzeitig toleranten Familienstrukturen entwickeln sich von Person zu Person: Man stützt sich auf das Archaische eines Menschen in der Beziehung zueinander, auf den Austausch von Mensch zu Mensch im Alltäglichen, wie z.B. hinsichtlich Pflege, Hygiene, Sauberkeit. Die Vertrautheit innerhalb des menschlichen Zusammenseins hilft auch beim Strukturieren des Alltags, in das teilweise der psychisch Kranke eingebettet wird. Dies baut sich im Kontext einer Beziehung auf und zwar auch durch Verbote, wo dann jeder Einzelne seinen Platz findet.

g) Zu den Beziehungs-Rollen:

Im Zusammenhang der o.a. Darstellung, wo die Anforderungen und das Wissen nicht erstarrt sind, werden - „wie von selbst“ – Beziehungsmuster geschaffen. Wir sollten uns daran erinnern, dass es in unseren Kulturen – im Gegensatz zur Aufnahme und Betreuung von Kindern – wenig Modelle zur Unterbringung von Erwachsenen gibt. Daher kann man sagen, dass jeder Erwachsene innerhalb der Familie (s)eine Rolle mit allen Mängeln, Erwartungen und Kompetenzen spielt. Folglich ist es immer sinnvoll, sich die Frage im Zusammenhang der Rollenspiele innerhalb der Familie im Hinblick auf ein harmonisches und/oder fehlerhaftes Verhalten zu stellen. Das klassische Rollenspiel ist das von „Mama und Papa“, es ist unabhängig von den Akteuren. So hatte z.B. eine betreuende Dame die Gewohnheit, ihren zu pflegenden, ca. 50 jährigen, Gast jeden Abend vor dem Schlafengehen zu umarmen, wie eine Mutter dies machen würde beim Zubettbringen ihres Kindes. Möglicherweise ist dieses „kindliche Verhalten“ notwendig. Dieses Benehmen verbirgt jedoch insgeheim eine „sexuelle Annäherung“, die in Szene tritt: Es kann deshalb vorkommen, dass ein zu betreuender Mann dazu neigt ein derartiges Verhalten seiner Gastgeberin, „als seiner Frau“ zu interpretieren.

Ein weiteres Rollenspiel, das in Familien-Strukturen verankert ist, ist das „vorgetäuschte Verhalten“, evtl. sowohl auf Seiten der Gastfamilie als auf Seiten des zu Pflegenden. Ich erinnere mich an einen Fall, den ich jahrelang betreute. Der Mann, der in einer Familie war, sagte zu mir: „Wenn der Ehemann der Frau gestorben ist, werde ich sie heiraten“. Das Programm innerhalb der Familie war so bereits festgelegt, im Nachhinein entwickelten sich verschiedene Beziehungsmuster. Rollenspiele ergeben sich im sozialen wie im professionellen Leben. Eine häufige Rolle ist die CHEF/Sekretärin und MEISTER/Angestellter. Diese alten Beziehungsmuster sind teilweise wertvoll, insbesondere in der Landwirtschaft, wo der Patient mithelfen kann. Es gibt jedoch Situationen wo das Verhalten eines „Operators“ sowohl in der „öffentlichen“ als auch in der „privaten“ Sphäre (noch) nicht völlig verständlich ist. Während meiner Tätigkeit als Psychologe begleitete ich einen Patienten in einer Familie, der mich anlässlich meiner Besuche mit einem „Inspekteur des Arbeitsamtes“ verglichen hatte. Mein zu betreuender Patient beschwerte sich bei mir, weil er mich mit seinem ehemaligen Arbeitgeber verglichen hatte. Da er „am Rockzipfel“ seiner Vergangenheit festhielt, hatte er auch verweigert, die Zuneigung seiner Betreuer-Familie anzunehmen. Für den Patienten war es schwer, Zuneigung zu ertragen, weil seine eigene Mutter die Kapazität von Zuwendung in keinsten Weise erfüllte. Ich erwähne die Rollenspiele der Beziehungen u.a. auch deshalb, um den Problemen der Kranken – sowie der Gesunden – Rechnung zu tragen. Wenn sich nur ein einziges Modell behaupten kann ist zu befürchten, dass es zu einer Art „Verkapselung“ kommt, die Dynamik der Evolution sowie des Austauschs wird gestört.

Das Resultat einer „stabilen Beziehung“ im zur Routine gewordenen Alltag, kann aber auch zur Lethargie und zur Langeweile führen. Durch das tägliche Miteinander der Figuren kann der daraus resultierende Umgang untereinander exzessiv sein, d.h. zu ständigen Wiederholungen führen. Es gibt keinen Raum für Neues, die Stimulation kommt abhandeln. Das Resultat kann zur chronischen Langeweile führen.

Familien-Beziehungen, die sowohl auf die „öffentliche“ als auch auf die „professionelle“ Beziehung übertragen werden können:

Die Strukturen, die überwiegend eine Rolle spielen basieren auf dem Modell AUSBILDER – AUSZUBILDENDER (Lehrer – Schüler). In diesem Beziehungs-System geht es – gemessen am Erfolg, oder Misserfolg - um „Belohnung“ oder um „Strafe“. Wenn es sich wie im Falle auszubildender Kinder um das Rollenspiel ELTERN handelt, werden ungeschickterweise gewisse Bedürfnisse ausgeklammert. Es werden insbesondere „seelisch bedingte“ Bedürfnisse verschleiert. Am folgenden Beispiel wird deutlich: Eine verheiratete Patientin, die ein Kind hatte, wurde von ihrer Betreuer-Familie als „Glücksfall“ aufgenommen. Die Patientin hatte die Gesten der Familie angenommen. Als sie im Alltag in dem Haushalt jedoch nichts mehr dazulernen wollte, hatte die Familie ein „strafendes System“ eingeführt. Die Familie reagierte folglich nicht mehr auf die individuellen Bedürfnisse der Frau. Die Betreuung kam daher sehr schnell zu einem Ende. Ähnliche Ergebnisse, die sich auf das Seelenleben eines Patienten übertragen werden können, geben Anlass zur Besorgnis: Man hat das Gefühl, dass eine wirklich gute Beziehung zwischen dem Aufzunehmenden (Familie) und dem Aufgenommenen (Kranken) nicht etabliert werden kann.

Wenn die Beziehung nur durch das Modell „eines zu Pflegenden oder Unterzubringenden“ geprägt ist, ist zu befürchten, dass im Alltag in so einer Familie nichts zu erwarten ist, sondern nur andere Formen von Vernachlässigung und schlechter Behandlung zu erwarten sind.

Psychische Verhaltensmuster (Funktionen), die in der Betreuungsfamilie unbewusst fortgeführt werden:

Weitere Erkenntnisse haben gezeigt, dass die „vertrauten Beziehungen“ innerhalb einer Gastfamilie durch Wechselseitigkeiten geprägt sind: So entsteht z.B. eine unbewusste Erwartungshaltung, die sich auf beiden Seiten einprägt, Elemente der Psyche führen zu einem kohärenten Ensemble. Dieser Bezugspunkt, der in BION erörtert wurde, erlaubt es uns hinzuzufügen, dass es sich um die Erwartung handelt, die eine Mutter auf ihr Kind ausübt(überträgt). In diesem Fall erhält das Kind – unbewusst – Signale, seine Projektionen/Erwartungen anzupassen. Die Projektion/Erwartung der Mutter transformiert somit unbewusst die Fähigkeit des Kindes zu träumen, sowie andere denkbare spielerische Veranlagungen. Gewiss, dieser Umweg über die THEORIE betrifft nur KINDER – MÜTTER. Gastfamilien reagieren in der Regel auf eine ähnliche Art und Weise. Man könnte fast meinen, dass die Familie in erster Linie „besorgt“ (preoccupe) ist und dadurch eine Art Mutter-Ersatz entsteht. Die Einprägung von Erwartungshaltungen, gekoppelt an die Kapazitäten/Fähigkeiten „gewisser Vorstellungen/Träume“ kann auf die Gastfamilie ebenfalls übertragen werden: Es gibt Erkenntnisse, dass sich jede „gute Gastfamilie“ in die Denkweise ihres Gastes hineinversetzt, ohne daran zu denken, dass diese Familie durch diesen Prozess eine bedingte Denkform annimmt. Es ist notwendig, dass sich eine Gastfamilie mit dem Verhalten ihres zerbrechlichen, desorganisierten und leidenden Gastes auseinandersetzt, um den Kranken besser begleiten zu können. Um das „abgesicherte“ Funktionieren einer Gastfamilie aufzuzeigen, muss man hinsichtlich Materialien, Gemütszustand, Zuneigung sowie psychologischer Beziehungsaspekte eine Art Inventarliste anlegen. Es ist für mich sehr wichtig, auf die psychische Dimension der Gastfamilie hinzuweisen, ob wohl ich weiß, dass diese auch abhängig ist von anderen Funktionen.

Das Konzept des „Denk-Apparates“, das in BION erarbeitet wurde (die Mutter denkt nicht nur an ihr Kind, sondern sie denkt auch daran, wie sie im Hinblick auf die Bedürfnisse ihres Kindes antworten wird), erlaubt uns einen Katalog über eine Anzahl von Mechanismen (Funktionen) aufzustellen, wie z.B.:

- Theoretisieren über Abläufe des Alltags, wie Verallgemeinerung, Dekodieren der Verhaltensmuster
- Vorstellung von Ressourcen im Hinblick auf stimulierende Aspekte und Zuneigungskapazitäten
- Spezialisieren und Interpretieren im Halten von Abstand
- Verhaltensmuster/Rollenspiele
- Führung der Familienprogramme.

Zum Thema „Theoretisierung des Alltags“ möchte ich mich besonders äußern und anhand des Beispiels POTATO-Therapie (Kartoffel-Therapie) die psychischen Funktionen aufzeigen: Die Gastfamilien denken an die zu Betreuenden; natürlich denken sie auch teilweise an sich selbst und daran, wie sie ihren Alltag gemäß ihrer eigenen WELT- und Werte-Vorstellung gestalten. Die Denkweise „sich mit der Innenwelt“ des zu Betreuenden zu befassen, gibt dem Projekt einen Sinn. Im Hinblick auf die „Theorie des Alltags“ kann das (noch unbekannt) Benehmen beider Seiten eine Rolle spielen: Ein Kranker, der im Hochsommer eine Lederjacke trägt löst bei der Gastfamilie Verwunderung aus, denn es ist sehr heiß. Der Gast trägt die Jacke jedoch, weil er sich wegen der an seinem Arm angebrachten Tätowierungen vor seine Gastfamilie schämt. Im Gegensatz hierzu denkt ein Psychiater in erster Linie an eine Veränderung seiner körperlichen Verfassung. Wenn z.B. ein zu Betreuender in seinem Zimmer uriniert und vorgibt, es sei ein Befehl „Gottes“ gewesen,

wird er auf Nachfragen der Familie, weshalb er das gemacht hat, antworten, „es sei Gott gewesen, der habe die Familie gefragt, um ihm einen Fußtritt zu verpassen. Das Verbalisieren des Banalen, die Dekodierung sowie ein Szenenwechsel können wirksam und ermutigend sein. Die Gastfamilie weiß einiges über den Kranken und reagiert folglich anhand ihres Wissens, was zu tun ist. Mit anderen Worten, die Behandlung eines solchem – oder ähnlich Gelagerten – hängt sehr von den Fähigkeiten der Gastfamilie ab. Die Familie versucht, gegen Überraschungen gewappnet zu sein, die Familie verbalisiert und reagiert entsprechend ihrer „Welt-Theorie/-Anschauung.

Diese Art von Dekodieren hat jedoch ihre Grenzen: Wenn man davon ausgeht, dass ein Gast ein Benehmen hat, das die Gastfamilie - a priori – aus der Fassung bringt, ist das Ende eines Aufenthaltes vorprogrammiert, wenn die Familie annimmt, das dieses der Kranke zum Trotz macht. Eine Gastfamilie sollte einen Kranken nicht als „Verrückten“ betrachten und von ihm nur entsprechende(denkbare) Symptome erwarten. Das Verhalten einer Gastfamilie darf nicht soweit gehen, den Kranken „Links liegen zu lassen“. In so einem Fall ist die vermeintlich „gute Familie“ nicht ausreichend (aus)gebildet. Die Familie hat versagt.

Ein weiteres Beispiel zeigt die Potato-Therapie (Kartoffel-Therapie):

Der Ausdruck „Potato-Therapie“ entstand durch den „speziellen Fall“ einer jungen Patientin.

Die von einer Gastfamilie betreute junge Frau war Tochter eines Mediziners. Diese Gastfamilie zeigte, wie sie mit dem Problem der Frau „konstruktiv“ umging:

Die Patientin litt an Schlaflosigkeit und Verfolgungswahn; nachts irrte sie in den Zimmern der Gastfamilie herum, die ebenfalls mit Schlafproblemen kämpfte. Die Familie kümmerte sich daraufhin auch nachts um die kranke Frau. Die Familie schlug ihr daher ein Programm für die kommenden Tage vor. In der Nacht fingen alle an, „Kartoffeln zu schälen“. Die Aktivität des Kartoffelschälens mit einhergehenden Gesprächen geschah auch einige weitere Nächte. Dies hatte zur Folge, dass die Patientin bald nicht mehr das Bedürfnis hatte, nachts im Haus herumzulaufen, sie schlief daraufhin relativ leicht ein. Um ihrem Vater die Verbesserung ihrer Schlaflosigkeit klar zu machen, erklärte sie ihm: „Die Kartoffeltherapie hat meine Schlaflosigkeit geheilt“.

Ich möchte hier noch einmal einige Punkte meines Vortrags hervorheben, von denen ich glaube, dass sie meine Auffassung – im Hinblick auf die Betreuung - verdeutlicht haben:

- Banalisieren/Verallgemeinerung von Symptomen:
Das Delirium der Verfolgung und Schlaflosigkeit
- Vertraut machen mit einer Situation
- Theoretisierung der Schlaflosigkeit: Die Gastfamilie hatte das Bedürfnis der jungen Frau erkannt.

Die Tatsache, dass sich die Familie mit der an Schlaflosigkeit leidenden Frau beschäftigte und mit ihr geredet hatte, hat die Patientin beruhigt. Durch die Kartoffelschäl-Aktivitäten ermüdete die Patientin, sie konnte besser (ein)schlafen. Das Prinzip, das von der Familie angewandt wurde, hatte die Beziehung zur Patientin gefördert.

Die hohen therapeutischen Maßnahmen, die von einer Gastfamilie benutzt werden, müssen aufgewertet und begleitet werden. Das heißt, dass sich auch die Vermittler ständig über begleitende Maßnahmen Gedanken machen müssen.

Dieser Aspekt der Familienbetreuung hilft uns bei der Auswahl der Gastfamilie. Es ist notwendig, dass bereits in der Auswahlperiode seitens des Vermittlers eine Bewertung im VORAUS hinsichtlich Denkweise und Motivation einer Gastfamilie erfolgt.

Die o.a. Beispiele sollen uns ebenfalls dabei helfen, entsprechende Gastfamilien ernsthaft auszubilden und sie bei der Ausarbeitung von praktischen Methoden zu unterstützen. Der Schwerpunkt sollte auf dem „Umgang innerhalb der Familie sowie des seelischen Bereichs“ liegen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist der Aufbau einer kollektiven Betreuung.

Wenn einige Basisfaktoren respektiert werden, wird die Betreuungsfamilie nicht deformiert. Eine Familie wird nicht nur zur Pflegekraft, zur Ausbildungshilfe, oder zur entwerteten Unterkunft degradiert.

Abschließend möchte ich betonen, dass man davon überzeugt sein sollte, dass eine Verbesserung der Patienten zum großen Teil von der Behandlungsweise einer Gastfamilie abhängt. Es wäre angebracht, den Status einer Gastfamilie und der mit der Betreuung verbundenen Arbeit aufzuwerten indem man sie besser honoriert.

Übersetzung durch Fr. D. Nill