

# sozialpsychiatrische informationen

Sonderdruck

Stimmen der Angehörigen – Geschichten, Analysen, Interviews

Autorin: Elisabeth Wagner  
Seite 10 – 13

## Der Umgang mit Angehörigen in der Psychiatrie

**Zusammenfassung** Der Beitrag thematisiert den Umgang mit Angehörigen psychisch erkrankter Menschen im Kontext psychiatrischer Behandlung. Obwohl aktuelle Leitlinien die Einbeziehung von Angehörigen im Sinne eines dialogischen Vorgehens empfehlen, werden diese aufgrund knapper Ressourcen oder missverstandener Berufung auf die Schweigepflicht häufig marginalisiert. Der Text plädiert für eine stärkere Einbindung Angehöriger auch in schwierigen Konstellationen und zeigt, wie ein offener Dialog sowie eine systemische Perspektive belastende Dynamiken entschärfen und die Angehörigen zu einer wertvollen Ressource machen können.

ISSN 0171 - 4538

**Verlag:** Psychiatrie Verlag GmbH, Ursulaplatz 1,  
50668 Köln, Tel. 0221 167989-11, Fax 0221 167989-20  
www.psychiatrie-verlag.de, E-Mail: verlag@psychiatrie.de

**Erscheinungsweise:** Januar, April, Juli, Oktober

**Abonnement:** Print für Privatkunden jährlich 53 Euro einschl. Porto, Ausland 53 Euro zzgl. 20 Euro Versandkostenpauschale. Das Abonnement gilt jeweils für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch, wenn es nicht bis zum 30.11. des laufenden Jahres schriftlich gekündigt wird. **Bestellungen nimmt der Verlag entgegen.**

**Redaktionsanschrift:** beta89, Günther-Wagner-Allee 13, 30177 Hannover

**Redaktionssekretariat:** Sandra Kieser  
www.psychiatrie-verlag.de, E-Mail: si@psychiatrie.de

**Redaktion:**

Helene Brändli, Winterthur  
Manuela Grieser, Bern  
Sandra Kieser, Berlin  
Silvia Krumm, Ulm  
Daniel Nischk, Reichenau

Klaus Nuißl, Regensburg  
Sven Speerforck, Leipzig  
Annette Theißing, Hannover  
Samuel Thoma, Berlin  
Maike Wagenaar, Hannover

Dyrk Zedlick, Leipzig

Autorin: Elisabeth Wagner



## Der Umgang mit Angehörigen in der Psychiatrie

**Zusammenfassung** Der Beitrag thematisiert den Umgang mit Angehörigen psychisch erkrankter Menschen im Kontext psychiatrischer Behandlung. Obwohl aktuelle Leitlinien die Einbeziehung von Angehörigen im Sinne eines dialogischen Vorgehens empfehlen, werden diese aufgrund knapper Ressourcen oder missverständlicher Berufung auf die Schweigepflicht häufig marginalisiert. Der Text plädiert für eine stärkere Einbindung Angehöriger auch in schwierigen Konstellationen und zeigt, wie ein offener Dialog sowie eine systemische Perspektive belastende Dynamiken entschärfen und die Angehörigen zu einer wertvollen Ressource machen können.

### Alles Gesagte wird von einem Beobachter gesagt

Da das, was beobachtet wird, immer auch etwas über den Beobachter und nicht nur etwas über das Beobachtete aussagt, möchte ich mit einer Beschreibung meines beruflichen Hintergrunds beginnen, um den Lesenden eine Einordnung meiner Perspektive zu erleichtern: Ich bin seit 1998 Fachärztin für Psychiatrie, seit 1999 Systemische Familientherapeutin und seit 2005 Lehrtherapeutin für systemische Familientherapie. In dieser Funktion leite ich auch Lehrgänge für psychotherapeutische Medizin, die vor allem von Assistenzärzt:innen für Psychiatrie besucht werden. Dabei ist die Förderung eines möglichst hilfreichen Umgangs mit Angehörigen psychisch Erkrankter ein von mir lange verfolgtes Ausbildungsziel. Da für eine gute Kooperation mit Angehörigen auch ein adäquates Verständnis psychischer Störungen aufseiten der Angehörigen Voraussetzung ist, habe ich genau für diese Zielgruppe das Buch »Psychische Störungen verstehen. Eine Orientierungshilfe für Angehörige« verfasst. Darin werden nicht nur die häufigsten psychischen Störungen und ihre angemessene Behandlung beschrieben, sondern auch die typischen Belastungen, die daraus für Angehörige erwachsen. Darüber hinaus vermittelt das Buch konkrete Beispiele für die professionelle und konstruktive Zusammenarbeit mit Angehörigen und ist somit auch für all jene Professionen von Nutzen, die mit Angehörigen psychisch kranker Menschen zu tun haben.

### Wird die Angehörigenperspektive in der Psychiatrie ausreichend berücksichtigt?

Auf den ersten Blick hat man den Eindruck, dass die Angehörigenperspektive in der Psychiatrie gut vertreten ist: Vor allem in sozialpsychiatrischen Einrichtungen ist das dialogische Vorgehen, worunter man ein gleichberechtigtes Miteinander von Betroffenen, Angehörigen und Behandelnden versteht, State of the Art. Wichtige Behandlungsentscheidungen werden zwischen allen Beteiligten diskutiert, um möglichst viele Informationen einfließen zu lassen. Gerade die Angehörigen erleben den »Dialog« oft als Entlastung, weil sie nicht darum kämpfen müssen, gehört zu werden und sich mit ihren Problemen nicht allein gelassen fühlen. In Deutschland haben sich mehrere Verbände und Gruppen der Selbsthilfe im »Dialogischen Forum« vernetzt, in der Schweiz bietet der Verein »Dialog und Antistigma« niederschwellige Unterstützung für Betroffene und Angehörige. Über die Symptomreduktion hinausgehend wird als Ziel einer kooperativen Behandlung »Recovery« (vgl. Amering, Schmolke 2019) angestrebt, zentral sind hier Sinnstiftung und Teilhabe, Selbstbestimmung und Gestaltungsmöglichkeiten (vgl. Wagner 2021, S. 71).

Auch in der S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen« der DGPPN wird festgestellt: »Im Rahmen der Informationsvermittlung, aber auch für die Beziehungsgestaltung im gesamten Hilfesystem ist die dialogische Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Angehörigen und professionell Tätigen besonders wichtig. Sie ist eine wesentliche Vo-

oraussetzung für eine offene, vertrauensvolle und erfolgreiche Kooperation aller Beteiligten, auf deren Basis gemeinsame Interessen und Behandlungsziele verfolgt werden können.« (DGPPN 2020, S. 41)

Trotz dieses aktuellen Bekenntnisses zu einer dialogischen Zusammenarbeit glaube ich zu beobachten, dass sich der Umgang mit Angehörigen in der stationären Psychiatrie in den letzten Jahren nicht zuletzt durch zunehmende Fokussierung der Patient:innenrechte geändert hat. Während früher Außenanamnesen in der Abwesenheit von Patient:innen durchaus üblich waren, sind diese heute so verpönt, dass nicht mehr regelmäßig versucht wird, die dafür nötige Zustimmung der Behandelten einzuholen. Neben dieser ideologischen Veränderung sind es vor allem die begrenzten zeitlichen und personellen Ressourcen, die die routinemäßige Einbindung von Angehörigen in die Behandlungsplanung limitieren. In vielen psychiatrischen Stationen findet daher das erste Angehörigengespräch im Rahmen des Entlassungsmanagements statt und wird vorwiegend von der Pflege durchgeführt. »Unauffällige« Angehörige, die nicht mit hoher Dringlichkeit Informationen einfordern oder weitergeben wollen, werden während der stationären Behandlung häufig marginalisiert oder ignoriert, nicht nur dann, wenn die Beziehung zwischen dem/der Behandelten und den Angehörigen belastet ist und der/die Behandelte diesbezüglich Vorbehalte hat.

### Spannungsverhältnis bei der Einbeziehung Angehöriger

Natürlich brauchen Menschen, die aufgrund einer akuten psychischen Störung stationär behandelt werden müssen, zunächst Ruhe und Schutz. Die Auseinandersetzung mit »schwierigen« Beziehungen ist in der Akutphase einer psychischen Störung oft wenig Erfolg versprechend. Allerdings sind konfliktvolle Beziehungen nicht nur ein bedeutender Faktor für die Krankheitsentstehung, sondern sie sind auch für den mittelfristigen Erfolg der psychiatrischen Behandlungsmaßnahmen relevant. Eine angemessene Adressierung der Beziehungsschwierigkeiten mit Empfehlung sinnvoller weiterführender Behandlung, sei es Paar- oder Familientherapie oder die Behandlung von wichtigen Bezugspersonen, sollte daher während des stationären Aufenthalts erfolgen und nicht erst aus dem Entlassungsbrief zu entnehmen sei. Genauso, wie an der Medikamentencompliance während der stationären Behandlungsphase gearbeitet wird, sollten die Maßnahmen, die für unterstützende soziale Beziehungen erforderlich sind, bereits deutlich vor der Entlassung und zwar unter Einbeziehung aller Beteiligten realisiert werden, damit dafür ein adäquates Problembewusstsein und eine entsprechende Behandlungsmotivation entstehen.

Wenn ich im Rahmen der systemischen Ausbildungslehrgänge in den regelmäßig stattfindenden Gruppensupervisionen eine Marginalisierung von Angehörigen beobachte, empfehle ich den Assistenzärzt:innen oft, Angehörige zu (Therapie-)Gesprächen einzuladen. Sehr häufig erhalte ich dann als Antwort: »Das habe ich schon vorgeschlagen, aber der Patient bzw. die Patientin wollte nicht.« Ich kann mich des Verdachts nicht erwehren, dass die Regelmäßigkeit, mit der der Einbezug von Angehörigen von stationär behandelten Patient:innen abgelehnt wird, auf eine suboptimale Art der Thematisierung zurückzuführen ist. Wenn der Vorschlag sehr unverbindlich oder eher beliebig formuliert wird (»Wir könnten ja auch einmal ihren Mann zu einem Gespräch einladen ...«), also eher Angebotscharakter hat, dürfte dies oft ausgeschlagen werden. Ich empfehle daher eine Thematisierung mit der gleichen Entschlossenheit und Überzeugungskraft, die für andere diagnostische und therapeutische Maßnahmen aufgewandt wird: »Ich halte es für nötig, ...« oder »Für den weiteren Verlauf wäre es wichtig, ...«

### Den Angehörigen zuhören

Selbst wenn dann ein gemeinsames Gespräch mit Angehörigen von Patient:innen weiterhin abgelehnt wird, verhindert nur eine sehr enge Auslegung der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht den Austausch mit Angehörigen, da die Verschwiegenheitspflicht nicht mit einem Zuhörverbot verwechselt werden sollte. Angehörige psychisch Erkrankter haben zwar kein einklagbares Recht darauf, vom Behandlungsteam gehört zu werden, sie routinemäßig mit Verweis auf die Verschwiegenheitspflicht auszuschließen, ist aber aus mehreren Gründen problematisch: Zum einen gehen dadurch vielleicht diagnostisch relevante Informationen verloren bzw. bleiben ungehört, zum anderen können prognostisch relevante Faktoren so nicht beeinflusst werden.

Aus meiner Sicht verbietet die ärztliche Schweigepflicht nicht, Angehörigen zuzuhören und sich für deren Erfahrungen und Sichtweisen zu interessieren. Eine wohlwollend interessierte Haltung gegenüber Angehörigen ist notwendig, um Kooperationsbereitschaft zu fördern – und zwar nicht nur bei unterstützenden und behandlungsaffinen Angehörigen, sondern auch bei den sogenannten »schwierigen« Angehörigen, deren Beziehung zu den Erkrankten konfliktvoll ist oder die dem Behandlungssystem kritisch gegenüberstehen.

Während Erstere ja gern als compliance-fördernde Co-Therapeut:innen adressiert werden, erleben behandlungsskeptische oder -ablehnende Angehörige oftmals deutliche Ab- oder Ausgrenzung. Auch wenn dies in einer stationären Behandlungslogik nachvollziehbar ist, überwiegen langfristig die negativen Folgen: Spätestens nach der Entlassung sind die Patient:innen dieser Behandlungsskepsis schutzlos ausgeliefert, aber auch während der stationären Therapie sind diese Angehörigen als »blinde Passagiere« mit an Bord. Sinnvoller wäre hier ein offensives Vorgehen, in dem die behandlungsskeptischen Angehörigen eingeladen und gehört werden und die Patient:innen erleben, wie die Behandelnden auf die Einwände ihrer Angehörigen reagieren, mit welchen Argumenten welche Bedenken ausgeräumt werden und in welchen Aspekten die Bedenken auch berücksichtigt werden können.

### Angehörigen im Falle von Schuldgefühlen zur Seite stehen

Besonders dringend indiziert ist das Gespräch mit Angehörigen, wenn die Unterbringung gegen den Willen von Patient:innen erfolgt ist. Bei der Behandlung gegen den Willen der Betroffenen kommt oft den Angehörigen die schwierige Aufgabe zu, Polizei, Rettung oder Notfallpsychiater:in zu informieren. Solche »Zwangseinweisungen« belasten natürlich das Vertrauensverhältnis zwischen den Kranken und ihren Angehörigen, ebenso wie die Hilflosigkeit angesichts der Gefährdungsmomente, die zuvor im Zusammenhang mit der psychischen Störung erlebt wurde (vgl. Wagner 2021, S. 177 ff.).

Für viele Angehörige waren die Tage und Wochen, bevor sie Polizei, Rettung oder Notfallpsychiatrie kontaktiert haben, extrem belastend. Auch der Moment der fürsorglichen Unterbringung wird meist nicht unmittelbar als Entlastung erlebt, sondern hat oft den Beigeschmack von Verrat. Angehörige haben meist Zweifel, ob sie das richtige getan haben und ob der/die Betroffene ihnen das je verzeihen wird. In dieser Situation haben Angehörige ein Recht auf Unterstützung – idealerweise durch das Behandlungssystem, weil hier die Unausweichlichkeit der Unterbringung (andernfalls wäre sie ja nicht erfolgt) von professioneller Seite bestätigt werden kann. Hier kann versichert werden, dass das, was sich wie Verrat anfühlen mag, in Wirklichkeit »Erste Hilfe« war, und zwar die einzige, die Angehörige in diesem Fall leisten konnten. Bei starken Zweifeln und Schuldgefühlen sollte darauf hingewiesen werden, dass Angehörige die Behandlung oder Unterbringung gegen den Willen der Betroffenen nicht veranlasst haben, sie haben nur die Rettung, die Polizei, die/den Notfallpsychiater:in gerufen, die dann das weitere Vorgehen bestimmt haben. Nur so weit reicht ihr Einfluss, nur das haben sie zu verantworten.

Die Veranlassung einer Unterbringung gegen den Willen des/der Betroffenen hinterlässt zweifelsohne Spuren. Viele Angehörige berichten von Schuldgefühlen und Scham, dass sie die Situation nicht anders bewältigen konnten. In diesen Fällen können andere medizinische Notfälle als Vergleich eingeführt werden: Niemand hat Schuldgefühle, weil er wegen eines Herzinfarkts oder eines Schlaganfalls die Rettung ruft. Die Versicherung, dass auch der psychiatrische Notfall ein medizinischer Notfall und keineswegs

»menschliches Versagen« ist und daher als solcher behandelt werden muss, kann hier entlastend wirken (vgl. Wagner 2021, S. 178).

Natürlich stellt sich die Frage, was an Angehörigengesprächen angesichts knapper Zeit- und Personalressourcen von den im stationären Bereich Behandelnden realistisch angeboten werden und was in den ambulanten Bereich delegiert werden kann. Für die eventuell länger dauernde Verarbeitung dieser Erfahrung der Unterbringung und die Reflexion der Auswirkungen auf die Beziehungen kann die Unterstützung professioneller Angehörigenberatung oder Familientherapie empfohlen werden. Was allerdings nicht gut delegiert werden kann ist der Versuch, nach einer fürsorglichen Unterbringung und den in diesem Rahmen realisierten Zwangsbehandlungen Behandlungsvereinbarungen für die Zukunft zu treffen.

In der 2018 von der DGPPN unter Beteiligung von Betroffenen- und Angehörigenverbänden veröffentlichten Leitlinie »Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen« werden Behandlungsvereinbarungen empfohlen, in denen der/die Patient:in mit dem Behandlungsteam und einer Vertrauensperson aushandelt, wie bei einer erneuten Aufnahme in derselben Klinik vorgegangen werden soll. Das in Deutschland rechtsverbindliche Dokument enthält Angaben dazu, welche Zwangsmaßnahmen jemand für den Ernstfall akzeptieren würde oder ausschließen möchte. Vordrucke für Krisenpass und Vereinbarung gibt es unter dem Stichwort »Papiere für den Krisenfall« beim Psychiatrie Verlag. Notfallpläne dieser Art können einiges zur Reduktion von Zwangsbehandlungen beitragen, auch wenn sie nicht rechtlich bindend sind. Sie sind zudem eine wichtige »vertrauensbildende Maßnahme« und können so kooperations- und compliancefördernd wirken – für die Betroffenen wie auch die Angehörigen.

#### Angehörige durch »geteilte Hilfslosigkeit« unterstützen

Mehr noch als die fürsorgliche Unterbringung im Fall konkreter Selbst- oder Fremdgefährdung kann die sehr enge gesetzliche Auslegung dieser Gefährdungsmomente das Vertrauen von Angehörigen in das Behandlungssystem erschweren. Zwar ist die restriktive Handhabung der Behandlung gegen den Willen der Betroffenen

historisch gut begründet – zu lange gab es in der Psychiatrie eine Praxis der Marginalisierung von Patient:innenrechten – und daher gesamtgesellschaftlich wünschenswert, wälzt aber doch einiges an Belastung auf die Angehörigen ab. Alle Psychiater:innen im niedergelassenen Bereich kennen diese belastenden Gespräche mit Angehörigen, die eine Verschlechterung des psychischen Zustandes und erste bedrohliche Anzeichen bei den Betroffenen schildern und denen nicht geholfen werden kann, weil bei fehlender konkreter Gefährdung eine Behandlung ohne Zustimmung des/der Betroffenen gesetzlich nicht erlaubt ist. Es klingt fast zynisch, ist aber unter den gegebenen rechtlichen Voraussetzungen tatsächlich oft zutreffend: Man muss die Katastrophe eintreten lassen, bevor man gegen den Willen der Betroffenen behandeln darf (vgl. Wagner 2021, S. 179). Angesichts dieser »geteilten Hilfslosigkeit« ist es emotional nachvollziehbar, wenn sich Fachärzt:innen bei fehlender Behandlungsbereitschaft der Betroffenen diese belastenden Gespräche mit Angehörigen ersparen wollen. Hier kann sich ein ähnliches Vermeidungsverhalten zeigen wie bei der Mitteilung von Erkrankungen mit infauster Prognose. Ärzt:innen sind oft nicht gut geschult darin, trotz objektiver Hilfslosigkeit ein unterstützendes Gesprächsangebot zu realisieren. Viele Psychiater:innen vermeiden das damit verbundene Erleben von Hilfslosigkeit, indem sie das Gespräch auf den sachlich richtigen Hinweis reduzieren, dass ihnen die Hände gebunden sind, solange keine konkreten und erheblichen Gefährdungsmomente gegeben sind oder der/die Betroffene der Behandlung zustimmt. Dabei wird aber übersehen, dass ein empathisches Zuhören und Abwägen verschiedener Verhaltensoptionen mit Angehörigen nicht nur für diese entlastend und vertrauensfördernd wirkt, sondern oft auch dabei hilft, das Ausmaß der für die Unterbringung nötigen »Katastrophe« gering zu halten.

#### Selbstbestimmung der Betroffenen auf Kosten der Sicherheit der Angehörigen?

Die aktuell geltenden rechtlichen Bestimmungen für Unterbringungen gegen den Willen der Patient:innen und die sich darin realisierende starke Fokussierung der Rechte der Betroffenen haben die Psychiatrie zu einem sympathischeren Ort gemacht. Den Preis zahlen jedoch häufig die Angehörigen. Wenn der Schutz des Patientenrechtes auf Selbstbestimmung eine angemessene Behandlung gegen den Willen des/der Kran-

ken verhindert, werden Gewalthandlungen, die sich typischerweise gegen Angehörige richten, häufiger. Dies bildet sich auch im Anstieg der Einweisungen in den Maßregel- bzw. Maßnahmenvollzug ab. Unter diesen gesetzlichen Rahmenbedingungen sind Gespräche mit besorgten und/oder gefährdeten Angehörigen kein Luxus, auf den man wegen Ressourcenknappheit leicht verzichten kann, sondern eine moralische Pflicht des psychiatrischen Versorgungssystems.

#### Angehörigenarbeit jenseits der Psychoedukation

Im Rahmen der Psychoedukation werden nicht nur Betroffene, sondern auch Angehörige über die Wirkungsweise der Medikamente aufgeklärt, damit sie die psychopharmakologische Therapie unterstützen oder zumindest nicht infrage stellen. Angehörige werden als potenzielle Mitbehandelnde, als »Hilfspersonen« der psychiatrischen Behandlung adressiert und darin geschult, Frühsymptome der Erkrankung zu erkennen. »Psychoedukation« beschreibt diese durchaus sinnvolle Praxis des Aufklärens und Anleitens, die allerdings voraussetzt, dass die Betroffenen und ihre Bezugspersonen anerkennen, dass es allgemeingültiges, empirisch gesichertes Fachwissen über psychische Störungen gibt und dass sie bereit sind, sich diesbezüglich aufzuklären und schulen zu lassen (vgl. Wagner 2022). Lehnen Personen die Position des\*der zu Schulenden ab und wollen gegenüber den Behandelnden ihre eigenen Sichtweisen und Vorstellungen äußern und durchsetzen, wird aus der wohlgemeinten Psychoedukation schnell ein Machtkampf.

In diesem Fall braucht es andere kommunikative Fertigkeiten und die Bereitschaft, den individuellen Anliegen und Nöten von Angehörigen Aufmerksamkeit zu schenken. Hier hilft eine systemisch geprägte Haltung, in der man sich für die Sichtweisen und die Erklärungen wichtiger Bezugspersonen und für den Zusammenhang zwischen Symptomen und Beziehungen interessiert. Dabei wird nicht der Anspruch vertreten, flächendeckend Familientherapie anzubieten, da dies natürlich die personellen Kapazitäten in der stationären Behandlungsphase sprengt. Vielmehr geht es darum, in Angehörigengesprächen, in denen Psychoedukation nicht zum gewünschten Ergebnis führt, eine nicht instruierende, sondern kooperationsfördernde Haltung der bescheidenen Expert:innenschaft anzunehmen und sich

für die interaktionellen Auswirkungen von Symptomen zu interessieren. Denn man muss nicht Familientherapeut:in sein, um zu wissen: Symptome beeinflussen Beziehungen und Beziehungen beeinflussen Symptome.

Aktuell wird die Angehörigenarbeit nur in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie zu meist in der Transitionspsychiatrie selbstverständlich und flächendeckend realisiert. Aufgrund der unleugbaren Wichtigkeit der elterlichen Bezugspersonen (nicht zuletzt wegen der notwendigen Zustimmung zur Behandlung Minderjähriger) werden diese in den Behandlungsplan miteinbezogen, unabhängig davon, ob sie kooperativ, stützend, wohlmeinend und behandlungsaffin sind oder nicht. Je schwieriger die familiären Dynamiken, je konflikthafter die Einstellung zur Behandlung und den zu Behandelnden, desto wichtiger ist eine kooperationsfördernde Haltung, wie sie z. B. in der Systemischen Therapie realisiert wird. Das Ziel dieser weiter gefassten Arbeit mit

wichtigen Bezugspersonen ist nicht nur, dass sie die psychiatrische Behandlung unterstützen (oder zumindest nicht boykottieren), sondern auch, dass in den familiären Beziehungen wieder die stabilisierenden und entwicklungsfördernden Aspekte überwiegen und damit Familie zur Ressource für die Heranwachsenden werden kann. Ressourcen-, Ziel- und Auftragsorientierung als Kernmerkmale systemischen Gesprächsverhaltens scheinen auch in Angehörigengesprächen besonders geeignet, Kooperation selbst bei schwierigen Ausgangsbedingungen zu fördern und sollten daher auch in der Erwachsenenpsychiatrie regelmäßig realisiert werden.

#### Literatur

AMERING, M.; SCHMOLKE, M. (2019): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Psychiatrie Verlag  
 DGPPN (2018): Ethik in der Psychiatrie: Ansätze zur Vermeidung von Gewalt und Aggression in der psychiatrischen Versorgung.

[https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/2932747713c75b408bb3cf759a6a13ed1d47c6b6/Pressemappe\\_PK\\_Ethik.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/2932747713c75b408bb3cf759a6a13ed1d47c6b6/Pressemappe_PK_Ethik.pdf) Zugriffen 10.11.24, zugriffen 10.11.24

DGPPN (2020): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/28165ed34c0c09d9e092cbfb138e6edcbcfcc277/S3-LL-PsychosozTherapien\\_Langversion.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/28165ed34c0c09d9e092cbfb138e6edcbcfcc277/S3-LL-PsychosozTherapien_Langversion.pdf); p 41, zugriffen 10.11.24

WAGNER, E. (2021): Psychische Störungen verstehen. Orientierungshilfe für Angehörige. Springer

WAGNER, E. (2022): Die Arbeit mit Angehörigen und Settingvarianz in der systemischen Therapie. In: Systemische Notizen 1/22 (26 – 34)

#### Die Autorin

##### **Dr. Elisabeth Wagner**

*Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Lehrtherapeutin für Systemische Familientherapie. Zahlreiche Publikationen zu Emotionsbasierter Systemischer Therapie, Systemische Therapie bei Persönlichkeitsstörungen*