

Kerbbe



Forum für
soziale Psychiatrie

2
2013

Mai
Juni
Juli
31. Jahrgang



THEMENSCHWERPUNKT

Psychosen

Behandeln
und Verstehen

Psychosen als eine
Sprache der Seele

3 Editorial

4 Themenschwerpunkt

● **Sozialpsychiatrie gestern, heute, morgen**

Auf dem Weg zu einer modernen Neuro-Soziopsychiatrie.
Luc Ciompi, Seite 4

● **Das Konzept der Soteria Bern**

Holger Hoffmann, Seite 7

● **Zur Bedeutung der Psychotherapie von Menschen mit Psychosen**

Dorothea von Haebler, Seite 9

● **Über den Nutzen systemischer Arbeitsformen für die sozialpsychiatrische Praxis**

Hans-Thomas Keller, Seite 13

● **Guter Rat ist teuer**

Psychotherapie hilft bei Psychosen – aber wie kommt sie zu den Patienten? Achim Dochat, Seite 15

● **Psychosen aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen**

Elisabeth Berger, Seite 18

● **Anforderungen an die Psychose-Behandlung aus Sicht der Angehörigen**

Helene und Hubert Beitler, Seite 21

● **Genesungsbegleitung in der medizinischen und sozialen Rehabilitation**

Erste Praxiserfahrungen.
Martin Schmidt, Henning Dimpker, Seite 23

● **Neuroleptika zwischen Nutzen und Schaden**

Ein Update zur Neuroleptika-Debatte.
Volkmar Aderhold, Seite 25

● **Ich kann ja nicht immer als Mantra sagen: Ich bin schizophran. Ich bin schizophran**

Risiken der Psychoedukation und die Bedeutung von Krankheitseinsicht für die biographische Krankheitsverarbeitung.
Friederike Schmidt, Katrin Körtner, Seite 28

31 Diskurs

● **Psychiatrische Zwangsbehandlung**

Im Spannungsfeld von höchstgerichtliche Rechtsprechung, UN-Behindertenrechtskonvention und Behandlungsleitlinien.
Tilman Steinert, Raoul Borbé, Seite 31

● **Ist die gewaltsame Verabreichung von toxischen Psychopharmaka und von Elektroschocks zeitgemäß?**

Antwort auf eine zeitlose Frage.
Peter Lehmann, Seite 35

● **Neuregelung der Zwangsbehandlung im Betreuungsrecht**

Alles wird besser oder viel Lärm um nichts? Ralph Sattler, Seite 38

39 Spectrum

● **Die (Bielefelder) Behandlungsvereinbarung**

Eine gemeinsam erarbeitete Patientenverfügung.
Daniela Brandtner, Seite 39

42 Nachrichten / Impressum

43 Termine

Liebe Leserin,
lieber Leser

Wie sieht aktuell die Behandlung von Psychosen aus? Was sagt dies über die sozialpsychiatrische Praxis aus?

Die Evidenz und Datenlage für eine gute Behandlung psychotischer Erkrankungen ist eindeutig und spiegelt sich in den wichtigsten Leitlinien, der britischen NICE-Guideline und den S3-Leitlinien zur Schizophrenie der DGPPN, wider. Psychotherapie wird in allen Stadien der Erkrankung empfohlen und gilt als wesentlicher Bestandteil. Der Verzicht auf Psychotherapie und nicht deren Anwendung ist als Kunstfehler zu werten (s. die Beiträge von Dorothea von Haebler und Achim Dochat). Weitere Empfehlungen, beispielsweise der Behandlungsleitlinie Psychosoziale Therapien für schwere psychische Störungen, sind Familieninterventionen, soziale Lernprogramme sowie Trainings kognitiver Fähigkeiten und die Milieutherapie, wie sie unter anderem das Soteria-Konzept konsequent umsetzt. Ebenfalls bedeutsam ist eine vorsichtige Medikamentengabe mit informierter Zustimmung durch die Betroffenen.

Sozialpsychiatrie, die Luc Ciompi hier als Unterdisziplin der Psychiatrie beschreibt, die psychisch kranke Menschen in ihrem sozialen Umfeld zu verstehen sucht, ist prädestiniert, diese umfassenden Behandlungsangebote zu entwickeln und umzusetzen.

In der gegenwärtigen Praxis jedoch dominieren eine einseitige Pharmakotherapie und psychoedukative Interventionen, die die sogenannte Krankheitseinsicht und die Medikamenteneinnahme fördern sollen. Dass und wie Psychoedukation mit einem einseitigen Fokus auf die Medikamentencompliance potentiell zu einer negativen Sicht auf die eigene Person und zu Hoffnungslosigkeit beitragen, führen Friederike Schmidt und Katrin Körtner in ihrem Beitrag aus.

Die Notwendigkeit einer kritischen Auseinandersetzung mit der Medikamententherapie unterstreicht Volkmar Aderhold. Er weist darauf hin, dass die wissenschaftliche Datenlage sowohl zum Nutzen als auch zu den Risiken und schädlichen Nebenwirkungen von

Neuroleptika in den letzten Jahren eindeutiger und dramatischer geworden ist.

Inwieweit wirken hier die alten psychiatrischen Dogmen von der Unverstehbarkeit und der Unheilbarkeit bzw. schlechten Prognose von Psychosen nach? Inwieweit begünstigen sie die große Diskrepanz zwischen Wissen und zu wenig kritisch reflektiertem Tun?

Die Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen fordern in ihren Beiträgen eine Kultur des genauen Hinschauens und aufmerksamen Hinhörens. Gefragt ist eine Haltung, die versucht, dem scheinbar unsinnigem Verhalten von Menschen mit einer Psychose einen Sinn abzugewinnen. Wenn dies in der Therapie / der Auseinandersetzung mit der Erkrankung gelingt, können auch extrem verstörende und belastende Erfahrungen und Grenzsituationen in die eigene Lebensgeschichte integriert und vielleicht sogar als hilfreich erlebt und verarbeitet werden.

Neue vielversprechende Ansätze einer Beteiligungskultur auf Augenhöhe reflektieren Henning Dimpker und Martin Schmidt in ihrem Beitrag zu EX-IN und Genesungsbegleitung.

Grundlegende Änderungen in den Hilfesystemen sind dringend erforderlich, um eine umfassende und leitliniengerechte Behandlung von Psychosen und insbesondere von schwer und lang andauernden Psychosen zu gewährleisten.

Angesichts dieser gravierenden Umsetzungsprobleme verwundert es nicht, dass es bei der aktuellen Debatte um die Zwangsbehandlung vor allem um die zwangsweise Behandlung mit Neuroleptika bei Menschen in psychotischen Krisen geht. Die sehr kontrovers geführte Debatte wird in der Rubrik "Diskurs" ausführlich ausgeführt.

Der berühmte Satz von Asmus Finzen: „Verhandeln statt Behandeln“, bezogen auf die „Behandlung“ mit Neuroleptika, markiert u. E. nach wie vor eine grundlegende Haltung im Kontext Sozialpsychiatrie, die die permanente Machtfrage zwischen Professionellen und Psychiatrie-Erfahrenen stellt.

Eine anregende Lektüre wünschen

*Kathrin Ratzke
Jürgen Bombosch*

Sozialpsychiatrie gestern, heute, morgen

Auf dem Weg zu einer modernen Neuro-Soziopsychiatrie Von Luc Ciompi

Schlüsselaspekte der Geschichte, Gegenwart und möglichen Zukunft der Sozialpsychiatrie werden auf der Basis des persönlichen Erlebens des Autors über 5 Jahrzehnte diskutiert. Sozialpsychiatrie wird definiert als die Unterdisziplin der Psychiatrie, die psychisch kranke Menschen in und mit ihrem sozialen Umfeld zu verstehen und zu behandeln sucht. Sie dient vorwiegend bestimmten Patientengruppen und stützt sich primär auf spezifische Infrastrukturen und gemeindenahere Behandlungsmethoden wie Krisenintervention und Rehabilitation. Moderne Forschungsbefunde zum Einfluss der Umwelt auf das Gehirn sprechen dafür, dass die Sozialpsychiatrie sich in Zukunft vermehrt in Richtung auf eine integrative Neuro-Soziopsychiatrie entwickeln wird.



Luc Ciompi

Prof. Dr. med. em. Dr. h.c., vorm. Direktor der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik Bern, vorm. Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie.

sowie Altersdemenzen befasst – fast ausschließlich spitalzentriert war. Als „Außenstellen“ gab es damals einzig eine kleine psychiatrische Poliklinik sowie die schon seit dem vorigen Jahrhundert bestehende Familienpflege für Chronisch Kranke. Therapeutisch wandte man, neben den ersten Neuroleptika und Antidepressiva, noch immer Insulin und Elektroschock als häufigste Methoden an; gelegentlich machte man auch noch so genannte Klaesische Schlafkuren. Prof. Max Müller, der Klinikdirektor, war allerdings – und dies war für meine weitere Entwicklung bedeutsam – nicht nur ein biologisch, sondern auch psychodynamisch orientierter Chef, der uns jungen Ärzten den Blick für die Bedeutung von Lebensgeschichte und Umweltfaktoren für das aktuelle Krankheitsgeschehen öffnete. Bald einmal drangen von Italien, Frankreich und Amerika her auch die ersten, im Laufe der Sechzigerjahre dann immer radikaler werdenden Reform- und Alternativideen zu uns, die die Anstaltspsychiatrie als Ganze in Frage stellten und, neben der Gesellschaft, namentlich auch das traditionelle gefängnisartige Krankenhausmilieu für manche Verhaltensweisen verantwortlich machte, die man bisher unbeschrieben der Grundkrankheit zugeschrieben hatte. Ihre Forderung, zwecks Vermeidung eines solchen so genannten Hospitalismus ein Netzwerk von halbambulantem Übergangseinrichtungen wie Tages- und Nachtkliniken, Wohn-

Der Begriff der Sozialpsychiatrie ist nach meiner Wahrnehmung heute, nachdem er „zu meiner Zeit“ jahrzehntelang viele Psychiater, mich selbst inbegriffen, in seinen Bann geschlagen hatte, ziemlich in den Hintergrund getreten. Mehr Beachtung finden andere Ansätze, darunter in erster Linie die Neuropsychiatrie und die damit verbundenen kognitiven Verhaltenstherapien. Was die Sozialpsychiatrie genauer ist und will, scheint manchen jüngeren Kollegen nicht mehr recht klar zu sein, vom größeren Publikum ganz zu schweigen.

Deshalb sollen hier einige der wichtigsten Wurzeln und Leitideen der Sozialpsychiatrie kurz in Erinnerung gerufen werden. Ich will dies vorwiegend aus einer persönlichen Warte tun – einerseits, weil ich die Entwicklung der Sozialpsychiatrie über mehr als fünf Jahrzehnte miterlebt und ein Stück weit auch mitgetragen habe, und andererseits, weil ich seit 15 Jahren nicht mehr im Amt bin und in die aktuelle Lage kaum mehr direkt, sondern fast nur noch über persönliche Kontakte und Lektüre Einblick habe. Indes besteht die Hoffnung, dass

eine solche Distanz es vielleicht auch ermöglicht, gewisse größere Zusammenhänge klarer zu erkennen als manche direkt Beteiligte.

Auf dieser Basis will ich im Folgenden zunächst kurz erklären, warum ich selbst mich seinerzeit für die Sozialpsychiatrie engagiert habe. Anschließend werde ich den Begriff der Sozialpsychiatrie möglichst klar zu umreißen und zugleich deren heutige Lage zu erfassen suchen. Zum Abschluss werde ich über den Weg hin zu einer modernen integrativen Neuro-Soziopsychiatrie nachdenken, den die künftige Sozialpsychiatrie meines Erachtens wahrscheinlich gehen wird und wohl auch gehen soll.

Warum ich Sozialpsychiater wurde

Ich habe meine psychiatrische Tätigkeit 1956 als Assistenzarzt in der psychiatrischen Universitätsklinik Bern aufgenommen, zu einer Zeit also, als die Psychiatrie – oder doch die so genannt „schwere Psychiatrie“, die sich vor allem mit gravierenden Krankheiten wie Schizophrenie, Manie und Melancholie, Alkohol- und Drogenabhängigkeit

heime, geschützte Wohnungen, Kriseninterventions- und Rehabilitationszentren zur gemeindenahen Teilzeitbetreuung von Langzeitpatienten zu schaffen, begeisterte uns. Große epidemiologische Untersuchungen, die klare Beziehungen zwischen ungünstigen Umwelteinflüssen und Krankheitsentwicklung nachwiesen (1,2), schienen ihnen ebenso Recht zu geben wie die erschreckenden Befunde, die von Autoren wie Goffmann, Wing und Brown zum besagten Hospitalismus erhoben wurden (3,4).

Ganz neue Perspektiven eröffneten sich mir ferner über die später als „Enquête de Lausanne“ bekannt gewordenen katamnesticen Untersuchungen zur Langzeitentwicklung von schweren psychischen Störungen über mehrere Jahrzehnte, die ich auf Initiative des damaligen Direktors Prof. Christian Müller (dem Sohn von Max) ab 1963 an der psychiatrischen Universitätsklinik Lausanne durchgeführt habe. Sie ergaben nämlich, dass entgegen den bisher gängigen Annahmen auch schwere psychische Störungen sich unter günstigen Bedingungen in der zweiten Lebenshälfte erheblich bessern können. Selbst in der angeblich unheilbaren Schizophrenie, die mit der Zeit zu meinem wichtigsten Forschungs- und Arbeitsgebiet wurde, fanden wir unter fast 300 ehemaligen Patienten nach durchschnittlich nahezu 4 Jahrzehnten noch rund 25% völlige Heilungen und 25% erhebliche Besserungen (5). Ähnliche Befunde erhoben in der Folge weltweit über 20 Langzeituntersuchungen (6, 7).

Auch die psychosenpsychotherapeutischen, milieutherapeutischen, rehabilitativen und familientherapeutischen Verfahren, die Christian Müller als Pionier in seiner Klinik einführte, stimulierten mein Interesse an neuen Behandlungsmethoden. Allerdings suchte ich vor allem nach Methoden, die nicht bloß privilegierten Einzelfällen, sondern auch der großen Masse der Langzeitpatienten zugutekamen. Deshalb konzentrierte ich mich seit Ende der Sechzigerjahre zunächst in Lausanne und später in Bern, wo ich 1977 zum Leiter der neu geschaffenen sozialpsychiatrischen Universitätsklinik berufen wurde, auf den Aufbau von gemeindenahen Übergangsinstitutionen der oben erwähnten Art.

Ohne dass ich dies von Anfang an bewusst geplant hätte, war ich im Lauf der Jahre zum engagierten Sozialpsychiater geworden.

Was ist Sozialpsychiatrie?

Was Sozialpsychiatrie genau ist oder sein soll, war schon zu jener Zeit, wie auch heute wieder, Gegenstand von kontroversen Diskussionen. Für die einen sollte Sozialpsychiatrie eine besonders soziale und damit auch sozialpolitisch aktive Psychiatrie zu sein, für die anderen war sie einfach einer der drei unverzichtbaren Pfeiler und Unterdisziplinen einer gleichermaßen neurobiologisch wie psychosozial und soziodynamisch verankerten ganzheitlichen Psychiatrie, und für die dritten war der Begriff als solcher überhaupt überflüssig, weil jede gute Psychiatrie gleichwertig neben biologischen auch psychosozialen und soziodynamischen Aspekte zu berücksichtigen hätte. Solche Diskussionen fanden ebenfalls im Schoß der 1984 von mir mitbegründeten Schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (SGSP) statt; einig waren uns indes in der Überzeugung, dass es nötig sei, die Sozialpsychiatrie als einen eigenen Interessen- und Arbeitsschwerpunkt innerhalb der Psychiatrie zu etablieren, da sonst die Zusammenhänge zwischen sozialer Umwelt und psychischer Erkrankung weder vertieft erforscht noch in Praxis und Unterricht genügend beachtet würden.

Die Definition, auf die sich 1993 die SGSP auf Vorschlag einer pluridisziplinären Kommission unter meiner Leitung einigte, lautet wie folgt: Sozialpsychiatrie ist diejenige Unterdisziplin der Psychiatrie, die psychisch kranke Menschen in und mit ihrem sozialen Umfeld zu verstehen und behandeln sucht (8). Den Doppelaspekt des Behandelns und Verstehens zu betonen war uns deshalb besonders wichtig, weil wir nicht nur auf die praktisch-therapeutische, sondern auch auf die forschungs- und theorieorientierte Zielsetzung der Sozialpsychiatrie hinweisen wollten. Und ebenso lag uns am Herzen, nicht nur von anonymen psychischen Störungen im Sinn der Statistik, sondern von den dahinter stehenden kranken Menschen

zu sprechen. Diese Definition ist später ebenfalls im „International Journal for Social Psychiatry“ erschienen und darf auch heute noch internationale Geltung beanspruchen.

Die Eigenständigkeit der Sozialpsychiatrie erweist sich unter anderem darin, dass sie nicht nur über spezifische Infrastrukturen, sondern auch über spezifische Behandlungs- und Forschungsmethoden verfügt. Auch richtet sie sich vorzugsweise an Kranke aus den oben genannten Diagnosegruppen. Dagegen ist der sozialpsychiatrische Ansatz keineswegs, wie nicht selten fälschlicherweise behauptet, nur für Langzeitpatienten von Vorteil. Vielmehr ist die Behandlung in und mit dem sozialen Umfeld, die die Sozialpsychiatrie auf ihre Fahnen geschrieben hat, gerade auch bei Akut- und Ersterkrankungen oft besonders angezeigt.

Die spezifischen Infrastrukturen der Sozialpsychiatrie bestehen aus dem erwähnten Netzwerk von Teilzeit- und Übergangsinstitutionen, unter denen Tageskliniken, Rehabilitationszentren, geschützte Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten und quartierzentrierte Ambulatorien besonders wichtig sind. Auch Einrichtungen zur Krisenintervention, darunter Tageskliniken für Akutkranke, stationäre Kriseninterventionszentren und ambulante fliegende Equipen kommt eine besondere Bedeutung zu. In denselben Rahmen gehört die 1984 in Bern gegründete therapeutische Wohngemeinschaft „Soteria“ zur psychosozialen und milieutherapeutischen Behandlung von Menschen mit akuten schizophrenen Störungen, deren 30-jähriges Bestehen wir nächstes Jahr feiern können.

Als spezifisch sozialpsychiatrische Behandlungsmethoden sind in erster Linie besondere Techniken zur Krisenintervention und zur sozio-beruflichen Wiedereingliederung zu nennen, auf die ich hier nicht näher eingehen kann. Auch verschiedene Formen der Familien- und Gruppentherapie mit Einschluss der so genannten „psychoedukativen Methoden“ gehören zum therapeutischen Rüstzeug der Sozialpsychiatrie. Zu den spezifisch sozialpsychiatrischen Forschungsmethoden gehören die Epidemiologie, die Versorgungsforschung und die teilnehmende Beobachtung der Familien- und Soziodynamik.

Die Sozialpsychiatrie sollte als eigener Interessen- und Arbeitsschwerpunkt innerhalb der Psychiatrie etabliert werden.

Sozialpsychiatrie gestern und heute

Nicht zuletzt hat die Sozialpsychiatrie auch ihre eigene Geschichte. Diese begann eigentlich schon im 19. Jahrhundert mit der Ära des so genannten „moral treatment“, das von ganz ähnlichen Ideen getragen war wie die moderne Sozialpsychiatrie. Auch die Familienpflege kann als eine Frühform von Sozialpsychiatrie betrachtet werden. Viel zur Entwicklung des sozialpsychiatrischen Ansatzes trug in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts ferner die Bewegung der „psychischen Hygiene“ und des so genannten „Kulturalismus“ von amerikanischen Psychotherapeuten wie Harry Stack Sullivan, Karen Horney und Frieda Fromm-Reichmann bei, die alle die enge Verflechtung von psychischer Gesundheit und sozialem Umfeld betonten. Schon in den Dreißigerjahren entstanden zudem in den Niederlanden, in den USA und in Russland die ersten Kriseninterventionszentren. Vertieft durch die Kriegserfahrungen und die oben erwähnten epidemiologischen Untersuchungen kam es in den Sechziger- und Siebzigerjahren auf diesem Boden speziell in Italien, Frankreich, England und den USA zu sozialpsychiatrisch orientierten Reform- und auch Protestbewegungen, die die traditionellen Spitalstrukturen entweder ganz abschaffen oder durch Besseres ersetzen wollten. Auch die Empfehlungen der großen wissenschaftlichen „Enquête zur Lage der Psychiatrie in Deutschland“, die auf Veranlassung des deutschen Bundestags in den Siebzigerjahren durchgeführt wurde, führten zur breiten Anerkennung und Realisierung sozialpsychiatrischer Ansätze, weit über den deutschen Sprachraum hinaus.

In der zweiten Jahrhunderthälfte sind auf diesen Grundlagen in praktisch allen westlichen Ländern, und in besonderem Maß ebenfalls in der Schweiz, sozialpsychiatrisch orientierte regionale Versorgungssysteme entstanden, in denen die traditionellen psychiatrischen Krankenhäuser durch die besagten ambulanten und halbambulant Einrichtungen ergänzt oder (speziell in England und Italien) zum Teil auch ersetzt wurden. Auch die seinerzeitige Schaffung einer sozialpsychiatrischen Universitätsklinik

in Bern gehört in diesen Rahmen; in den Neunzigerjahren ist diese Institution dann allerdings - was bezeichnend ist für die Entwicklung der universitären Psychiatrie (s. unten) - unter Verlust ihres Namens im allgemeinen universitären Psychiatriedepartement aufgegangen. Indessen bestehen dort wie anderswo die besagten gemeindenahen Einrichtungen durchaus weiter und wurden zum Teil auch weiter ausgebaut. Ungeachtet des eingangs erwähnten Rückgangs des fachinternen (und speziell akademischen) Interesses und der aktuellen Finanzkrise entwickelt sich somit auch heute die Sozialpsychiatrie in der Praxis mancherorts dynamisch weiter.

Viele Lehrstühle für Sozialpsychiatrie sind heute aufgehoben, unbesetzt oder in neurobiologisch orientierte Lehr- und Forschungsstellen umgewandelt.

Im universitären Bereich freilich ist in den letzten 1-2 Jahrzehnten eine klar gegenläufige Entwicklung zu verzeichnen: Viele Lehrstühle für Sozialpsychiatrie, wie sie seit den Siebzigerjahren im In- wie Ausland da und dort bestanden hatten, sind heute entweder aufgehoben, unbesetzt oder in neurobiologisch orientierte Lehr- und Forschungsstellen umgewandelt. Die unausweichliche Folge ist eine Verarmung der spezifisch sozialpsychiatrischen Lehre und Forschung. Ist deshalb zu befürchten, dass das zentrale Anliegen der Sozialpsychiatrie - die adäquate Berücksichtigung der engen Verflechtung zwischen psychischer Krankheit und Umwelt - künftig aus der Psychiatrie verschwinden wird?

Von der Sozialpsychiatrie zur Neuro-Soziopsychiatrie

Ich teile einen solchen kurzfristig sicher nicht unberechtigten Pessimismus längerfristig überhaupt nicht, nicht zuletzt wegen der vorauszusehenden weiteren Entwicklung gerade jener Neurobiologie, die manchen eingefleischten Sozialpsychiatern als der primär zu bekämpfende Feind erscheint. Denn bekanntlich ist die Neurobiologie zur Zeit im Begriff, den tiefen Einfluss der Umwelt auf das Gehirn und alle seine Funktionen zu entdecken. Neuere Befunde zur Neuroplastizität und Epigenese zum Beispiel haben klar erwiesen, dass sowohl die neuronale Feinstruktur des Gehirns wie auch die Aktivierung oder Hemmung mancher Gene bis ins hohe Alter hinein von Umwelteinflüssen abhängt. Immer

mehr Befunde weisen auch nach, dass Psycho-, Sozio- und Milieuthérapie die Hirnstruktur verändern. Auch die Psychoimmunologie und die Stress- und Oxytocinforschung beweisen die Beeinflussbarkeit der Hirnfunktion durch Umweltfaktoren. Als Beispiel mögen die von einer Zürcher Forschungsgruppe durchgeführten Untersuchungen zur Abhängigkeit der Sekretion des zerebralen „Glückshormons“ Oxytocin von der körperlichen Anwesenheit oder Abwesenheit einer sympathischen oder unsympathischen, weiblichen oder männlichen Bezugsperson dienen (9). Auch die neurobiologische Emotionsforschung erbringt dauernd neue Beweise für den tiefen Einfluss von Milieufaktoren auf die Hirnfunktion. Sie gehen alle, verkürzt formuliert, in Richtung der von der Sozialpsychiatrie längst genutzten Zusammenhänge: Ein möglichst normales, offenes und entspanntes Milieu wirkt denk- und verhaltensnormalisierend, ein rigid institutionalisiertes, geschlossenes und verspanntes Milieu verstärkt abnormes Verhalten.

Deshalb braucht es bloß etwas mehr Flexibilität sowohl bei den Vertretern der „alten“ Sozialpsychiatrie wie auch der Neurobiologie, um zu erkennen, dass beider Heil im Zusammenspannen liegt: Die Sozialpsychiatrie beobachtet und stellt aufgrund ihrer klinischen Erfahrung empirisch prüfbare Hypothesen auf, welche die Neurobiologie dann verifiziert oder falsifiziert, und umgekehrt. Eine solche Zusammenarbeit ist angesichts der aktuellen Entwicklung der Neurobiologie logisch unausweichlich und hat da und dort auch bereits begonnen. Mit anderen Worten, meines Erachtens gehört die Zukunft einer modernen Neuro-Soziopsychiatrie, die unter diesem oder einem anderen Namen die bisherige Sozialpsychiatrie wissenschaftlich vertiefen und bereichern wird. ●

Dieser Text beruht auf einem Vortrag an der Jahrestagung 2009 der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) und wurde (mit kleinen Abweichungen) erstmals im offiziellen Organ der SGPP „Psy & Psy“, No. 1/10, S. 4-6, 2010 publiziert.

Literatur

- 1 Faris, R.E.L., Dunham, H.W.: Mental disorders in urban areas. Univ. Press, Chicago 1939
- 2 Hollingshead, A.B., Redlich, F.C.: Social class and mental illness. Wiley, New York 1958

3 Goffman, E.: Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates. Anchor Books, New York 1961

4 Wing, J.K., Brown, G.W.: Institutionalism and schizophrenia. A comparative study of three mental hospitals 1960–1968. University Press, Cambridge 1970

5 Ciompi, L., Müller, C.: Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnesti-

sche Langzeitstudie bis ins Senium. Springer, Berlin–Heidelberg–New York, 1976

6 McGlashan, T.H.: A selective review of recent north american long-term follow-up studies of schizophrenia. Schizophrenia Bull. 14:515–542, 1988

7 Harding, C.M.: Changes in schizophrenia across time: paradoxes, patterns, and predictors. In: Carl Cohen (ed) Schizophrenia into

later life: Treatment, Research and Policy. APPI Press 2003, pp.19–42

8 Ciompi, L.: Sozialpsychiatrie heute – was ist das? Versuch einer Klärung. In: Finzen, A., Hoffmann–Richter, U.: Was ist Sozialpsychiatrie. Psychiatrie–Verlag, 203–218, 1995

9 Kosfeld, M., Heinrichs, M., Zak, P.J., Fischbacher, U., Fehr, E.: Oxytocin increases trust in humans. Nature 435:673–676, 2005

Das Konzept der Soteria Bern

Von Holger Hoffmann

Das Soteria-Konzept wurde Anfangs der 70er Jahre von Loren Mosher in Kalifornien zur Behandlung junger Menschen in psychotischen Krisen begründet. Soteria bedeutet Schutz und Geborgenheit. Mosher's Soteria-House wurde nach den Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft mit ‚Nonprofessionals‘ geführt, die möglichst wenig von der gängigen Anstaltspsychiatrie ‚verbildet‘ waren. Freiwilligkeit, Milieutherapie und eine enge, kontinuierliche Begleitung durch die Krise („being with“) sollten dazu beitragen, möglichst auf den Einsatz von Neuroleptika zu verzichten. Dieses alternative Behandlungsangebot war Ausdruck einer Ende der 60er Jahre aufkommenden antipsychiatrischen Bewegung, die sich gegen die wenig humanen Behandlungen in überfüllten, deprivierenden und meist nach dem Prinzip der ‚totalen Institution‘ funktionierenden Großkliniken mittels hochdosierter Neuroleptika wehrte.

Mosher's radikale Haltung bezüglich einer Behandlung möglichst unter Verzicht des Einsatzes von Neuroleptika polarisierte stark, und für viele wurde Soteria ein Synonym dafür. In Bern distanzieren wir uns von dieser reduktionistischen Sicht, da sie die wesentlichen Qualitäten des Soteria-Konzeptes dadurch zu wenig zur Geltung kommen lässt.

Das Konzept der von Luc Ciompi 1984 in Bern gegründeten Soteria unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von Mosher's Ansatz. So war die Soteria Bern von Anfang an integrierter Bestandteil des regionalen sozialpsychiatrischen Versorgungsangebotes,

hat den Status einer Klinik, und die Behandlung wird über die regulären Krankenkassentarife abgegolten. Auch stand für Ciompi eine medikamentenfreie Behandlung nie im Zentrum. Vielmehr wollte er die in seinem 1982 erschienen Buch ‚Affektlogik‘ formulierten Hypothesen in der alltäglichen Schizophreniebehandlung umsetzen und überprüfen. Zu diesem Zwecke führte er die rund-um-die-Uhr-1:1-Begleitung im weichen Zimmer als eines der zentralen Behandlungsinstrumente der Soteria ein.

Die Behandlungsgrundsätze und der Geist der Soteria Bern

Soteria Bern hat sich im Laufe der Jahre von der therapeutischen Wohngemeinschaft zum milieutherapeutischen Zentrum gewandelt, welches einen integrierten Behandlungsansatz verfolgt. Inhaltlich praktisch unverändert sind jedoch die therapeutischen Grundsätze der Soteria Bern geblieben:

- Kleines, entspannendes, reizgeschütztes und möglichst normales, familienähnliches Behandlungsmilieu
- Kontinuierliche mitmenschliche Begleitung des psychotischen Bewohners/ Nutzers¹
- Konzeptuelle und personelle Kontinuität über die ganze Zeit der Behandlung
- Enge Zusammenarbeit mit Angehörigen und andern wichtigen Bezugspersonen
- Klare und gleichartige Informationen für Bewohner/Nutzer, Angehörige sowie Milieutherapeuten² betr. Krankheit, ihre Behandlung und die bestehenden Risiken und Chancen
- Gemeinsames Erarbeiten von klaren



Holger Hoffmann

PD Dr. med., Abteilungsleiter, Chefarzt Soteria Bern, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD), Murtenstr.46, Postfach 52, CH-3000 Bern 10, Telefon 0041-31-632 4704, 0041-79-3018808; E-Mail: hoffmann@spk.unibe.ch

und realistischen Behandlungszielen und Zukunftserwartungen auf der Wohn- und Arbeitsachse

- Zurückhaltender und mit dem Bewohner/Nutzer gemeinsam festgelegter Einsatz von Medikamenten
- Rückfallprophylaxe aufgrund der Analyse der individuellen Krisenanzeichen und Belastungssituationen sowie Erarbeiten von Bewältigungsmöglichkeiten
- Individuell gestaltete weiterführende Betreuung im Rahmen des integrierten Behandlungsangebotes
- Der Recovery-Ansatz ist fester Bestandteil der Grundhaltung der Soteria Bern

Unverändert blieb auch der Geist der Soteria. Das therapeutische Milieu wird entscheidend durch eine tragende, Geborgenheit vermittelnde und reizgeschützte Atmosphäre geprägt. Die Umgebung, die Peergruppe, die Milieutherapeuten und die alltäglichen gemeinsam zu bewältigenden Tätigkeiten im Haushalt stellen das unmittelbare therapeutische Milieu dar. Die Anforderungen des Alltags und der Peergruppe stärken den Bezug zur Realität und

sind Übungsfeld, um sich den Herausforderungen in der Zeit nach der akuten Krise zu stellen. Darüber hinaus ist die tätige Gemeinschaft in der Gruppe ein wichtiges Element, um sich wieder im Alltag zurecht zu finden. Die Milieutherapeuten stützen oder fordern je nach aktueller Befindlichkeit der Bewohner. Milieutherapeuten und Nutzer gestalten ihre Beziehung gleichwertig, Rollendifferenzierung und Hierarchie sind wenig ausgeprägt. Es soll eine Ersatzfamilie auf Zeit geschaffen werden.

Das Behandlungsangebot

Die Soteria ist ein offenes Haus, das acht Bewohnern Platz bietet. Die Behandlung basiert auf Freiwilligkeit. Es werden Menschen im Alter von 16 bis 40 behandelt. Die stationäre Behandlung gliedert sich in 3 Phasen:

- Phase 1 (Angstlösung und Beruhigung) meist im weichen Zimmer
- Phase 2 (Aktivierung und Realitätsanpassung)
- Phase 3 (Vorbereitung der sozialen und beruflichen Reintegration, Rückfallprophylaxe)

Auch wenn immer noch die stationäre Behandlung im möglichst normalen, reizarmen, entspannenden und familienartigen Milieu im Zentrum des Soteria-Ansatzes steht, so haben wir zur Erzielung einer besseren Nachhaltigkeit und zur Verkürzung des stationären Aufenthaltes (auf mittlerweile durchschnittlich 40–45 Tage) unser integriertes Behandlungsangebot in den letzten Jahren immer weiter ausgebaut. Dies ermöglicht uns eine kontinuierliche Betreuung der Nutzer und ihrer Angehörigen über den stationären Aufenthalt hinaus.

Die Bestandteile des integrierten Behandlungsangebotes der Soteria Bern sind:

- integrierte Tagesklinik (mit 5 Plätzen an 7 Tagen in der Woche)
- ambulante Nachbehandlung und -betreuung
- Hausbesuche und Home Treatment
- Übergangs-Wohngemeinschaft ‚Wohnen & Co.‘ (mit 3 Plätzen)
- Cannabisabstinenzprogramm ‚Cannabis und Psychose‘ (mit wöchentlicher Gesprächsgruppe)
- Einbezug der Familie auch im Vorfeld und nach dem stationären Aufenthalt

- Angehörigengruppe (monatlich)
- Ehemaligengruppe (vierteljährlich)
- Betreiben eines Früherkennungs- und Therapiezentrums (FETZ) in Kooperation mit den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern

Wie wirkt Soteria?

Mosher und auch Ciompi konnten in mehreren kontrollierten Studien zeigen, dass der Soteria-Ansatz der herkömmlichen Klinikbehandlung nicht unterlegen, sondern in einigen Outcome-Kriterien sogar überlegen ist. Der Behandlungserfolg von Soteria basiert auf dem Zusammenwirken von psycho- und milieutherapeutischen Einzelaspekten zum Faktor der ‚nachhaltigen emotionalen Entspannung‘. Die angstlösende Atmosphäre wirkt vorbeugend, bessernd und auch heilend. Besonders in der akuten Psychose ist eine verständlich stützende, tolerante und entspannende Atmosphäre therapeutisch wirksam. Die Sicherheit vermittelnde Grundstimmung wird mit einer klaren, der ausufernden psychotischen Verwirrung Grenzen setzenden Haltung verbunden. Große Wichtigkeit kommt in der akuten Phase der Reizabschirmung zu. Der sehr weitgehende Schutz vor Außenreizen, mögliche Vertrautheit und Normalität im Umgangsstil sowie transparente Kleineräumigkeit des therapeutischen Milieus vermitteln emotionale Konstanz und Klarheit. Dadurch wird die Informationsverarbeitung erleichtert.

Dies alles führt dazu, dass unter Verwendung von weniger Neuroleptika der gleiche Behandlungserfolg bei gleichen oder geringeren Behandlungskosten erzielt werden kann. „Soteria wirkt neuroleptika-artig, freilich ohne die entsprechenden Nebenwirkungen“, sagt Luc Ciompi treffend. Etwas präziser müsste man vielleicht sagen, dass nicht die Soteria an sich neuroleptika-artig wirkt, sondern ihre Atmosphäre. Sie hat die Funktion eines Heilmittels, was dazu führt, dass Medikamente – v.a. in der akuten Phase – zurückhaltender eingesetzt werden können als üblich.

Der milieutherapeutische Ansatz der Soteria hat aber auch klare Grenzen. So beruht die Behandlung auf Freiwilligkeit und ist insbesondere ungeeignet für jene Gruppe von jungen Patienten,

die gegen ihren Willen einer Behandlung zugeführt werden und aggressives Verhalten zeigen. Für diese Gruppe braucht es ein deutlich strukturierteres Milieu, wie es in der Klinik eher anzutreffen ist. Entsprechend kommt es auf den Klinikstationen oft zu einer Ansammlung schwieriger Patienten.

Kritiker vermuten, dass die Therapieerfolge der Soteria teilweise vom hohen Engagement der Betreuer abhängen, welches auf Idealen und Wertvorstellungen beruht, die von einem charismatischen Leiter vertreten werden und so zu einer romantischen Idealisierung der angebotenen Therapie führen können. Die Soteria ist jedoch keineswegs ein in sich erstarrtes romantisches Relikt aus der angestrebten ‚menschlicheren‘ Psychiatrie bzw. ‚Antipsychiatrie‘ der Sechziger- und Siebzigerjahre, sondern hat sich kontinuierlich weiterentwickelt und hat neue Behandlungstendenzen in ihr Angebot integriert, ohne die ursprüngliche Soteria-Idee über Bord zu werfen.

Die Atmosphäre der Soteria hat die Funktion eines Heilmittels.

Die Soteria-Idee lebt nicht nur in Bern weiter. Mittlerweile gibt es weltweit eine ganze Reihe von Soteria- oder soteria-ähnlicher Projekte (s. www.soteria-netzwerk.de), mit der ganzen Spannweite von solchen, die in Anlehnung an Mosher sich außerhalb des medizinisch-psychiatrischen Kontextes ansiedeln und deren Existenz mangels gesicherter Finanzierung stark bedroht ist, oder am anderen Pol als Station einer psychiatrischen Klinik voll in den traditionellen Psychiatriekontext integriert sind. Ungeachtet dieser Unterschiede dürfen therapeutische Einrichtungen vom Typ der Soteria als Hoffnungsträger und attraktives Schrittmacher-Modell für die Schizophreniebehandlung des 21. Jahrhunderts gesehen werden. ●

Ein **Literaturverzeichnis** erhalten Sie beim Autor (E-Mail: hoffmann@spk.unibe.ch) oder unter www.soteria.ch.

Anmerkungen

- 1 Die Patienten werden während des stationären Aufenthaltes Bewohner und ansonsten Nutzer genannt
- 2 Die aus verschiedenen Berufsgruppen stammenden Teammitglieder der Soteria bezeichnen sich als Milieutherapeuten

Zur Bedeutung der Psychotherapie von Menschen mit Psychosen

Von Dorothea von Haebler

Die Psychotherapie von Psychosen wird in Leitlinien und der offiziellen Literatur als unabdingbares Element der psychiatrischen Versorgung von Psychosekranken angesehen. Die Versorgungsrealität zeigt hingegen die erschreckende Tatsache, dass die am schwersten Erkrankten die geringste psychotherapeutische Hilfe erhalten. Die Autorin zeigt die Gründe für dieses Missverhältnis auf, diskutiert Lösungsvorschläge, um die Behandlung der Psychosekranken zu verbessern und skizziert exemplarisch den Behandlungsansatz einer modifizierten psychodynamischen Psychosentherapie.



Dorothea von Haebler

Dr., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Charité, Studiengangsleiterin an der International Psychoanalytic University (IPU).

Foto: Anke Hinrichs

Die Bedeutung von Psychotherapie von Menschen mit Psychosen gibt es nicht. Es gibt viele verschiedene Bedeutungen und diese sind sehr unterschiedlich für jeden einzelnen Psychiater, Psychotherapeuten, betroffenen Menschen selbst, für die Gesellschaft - für das Gesundheitssystem.

Die Psychose ist entsprechend unseren deskriptiven Klassifikationssystemen keine Krankheit. Psychose kann als Phänomen verstanden werden, und dafür gibt es viele verschiedene Zugänge, die nicht nur aus dem gesundheitswissenschaftlichen Verständnis kommen. Der Begriff der Psychose definierte sich neben dem inzwischen aus den gültigen psychiatrischen Klassifikationssystemen in seinem ursprünglichen Sinne eliminierten Begriff der Neurose als eine Entität, deren Kernsymptom der Wahn ist. Die Krankheiten, die mit Wahn vor allem in Verbindung gebracht werden sind die Schizophrenien und die bipolaren Erkrankungen mit Manie und Depression.

Menschen mit psychotischer Erkrankung kommen häufig mit dem Gesundheitssystem in Berührung und viel zu selten kommt es zu einer tragenden therapeutischen Beziehung. Dies kann aus der spezifischen Problematik der

Krankheit heraus erklärt werden, welche eine anders strukturierte Versorgung verlangt. Die bestehenden Versorgungsstrukturen sehen für diese Patientengruppe (noch) zu wenig spezifische Angebote vor. Die Verbesserung der Versorgung chronisch psychisch Kranker war das oberste Ziel der Psychiatrie-Enquête von 1975. Bilanziert man heute, wer von den vielfältigen Reformen, die in den Folgejahren in der ambulanten Versorgung erreicht wurden, am wenigsten profitiert hat, ist die Antwort eindeutig: Es sind die chronisch Kranken. Sie sind bis heute die Verlierer geblieben (Melchinger H, 2012).

Es gibt die Kritik, dass psychotisch erkrankte Menschen nur selten die bestmögliche Behandlung bekommen. Und der Alltag gibt dieser Kritik Recht. Psychotische Erkrankungen werden immer noch überwiegend medikamentös behandelt. Und wenn engagierte Behandler und Begleiter einen Psychotherapieplatz für Menschen mit Psychosen suchen, erfahren diese, dass dies äußerst schwer bis unmöglich ist.

Dass diese Patientengruppe sich unter diesen Umständen selbst auf die Suche nach einem Therapeuten macht, kommt nur bei wenigen diesbezüglich

sehr kompetenten Patienten vor. Die „Komm-Struktur“ der Psychiatrie ist für Menschen, die große Schwierigkeiten haben, in Beziehung zu gehen, kein Angebot, sondern häufig eine Zumutung. Die Beziehungsaufnahme ist mit überflutenden Ängsten verbunden geht es dabei doch um die Notwendigkeit der Abgrenzung im Kontakt, da sonst eine Ich-Auflösung, eine Fusion mit dem Gegenüber droht. Die Fragmentierung ist ein Zustand, welcher vor einer solchen Fusion schützen kann—denn Fragmente sind dann als stabile Elemente zu verstehen, die nicht so leicht zerstörbar sind. Diese Fragmentierung erschwert eine Beziehungsaufnahme nach den üblichen Schemata. Der Eigensinn oder Wahn, den Menschen mit Psychose entwickeln können, schützt sie in dem dadurch wiederum eine Kohärenz geschaffen wird. Dieser Wahn oder Eigensinn kann also sogar eine Brücke für eine Beziehungsaufnahme des Helfersystems sein. Die Fragmente können es Therapeuten oder Begleitern ermöglichen, eine Vervollständigung dieser Fragmente anzubieten. Auf diese Möglichkeiten der Beziehungsaufnahme wird in diesem Artikel weiter eingegangen.

Epidemiologie

Die Epidemiologie der psychotischen Erkrankungen ist eindrücklich stabil:

An Erkrankungen aus dem schizo- phrenen Formenkreis leiden aktuell in Deutschland 800 000 Menschen, berichtet die Bundespsychotherapeu- tenkammer auf ihrer Homepage, jedes Jahr erkrankten 8 000 Menschen neu. Die psychotischen Störungen (nach DS- MIV) haben eine Jahresprävalenz von 2,6% (Wittchen und Jacobi 2005). Psy- chotische Erkrankungen werden auch als besonders schwer bezeichnet, im englischen als „severe mental illness“.

Die Schwere psychotischer Erkrankun- gen zeigt sich unter anderem anhand der Behandlungshäufigkeit: über 72% der psychotisch Erkrankten in einem Jahr erhalten „irgendeine Intervention“. Im Vergleich dazu sind es im Schnitt nur 36,4% aller diagnostizierten psy- chiatriisch Erkrankten eines Jahres, die „irgendeine Intervention“ bekommen, wobei damit Kontakte zu allen psycho- sozialen Einrichtungen inclusive Haus- arztpraxen gemeint sind, gezählt wurde ungeachtet von Häufigkeit, Dauer sowie Art der Intervention (Wittchen und Jacobi 2005). Weniger als 10 % erhalten mehr als drei Interventionen/ Kontakte.

Was bedeutet das für die Psychotherapie von Men- schen mit psychotischen Erkrankungen? Auf jeden Fall stellt sich eine Hilfe- bedürftigkeit in den dop- pelt so häufigen Behandlungen im Ver- gleich zum Durchschnitt deutlich dar. Zusätzlich zeigen die genannten Zah- len ebenso deutlich eine nicht ausrei- chende Betreuung, denn es dürfte klar sein, dass ein einzelner Kontakt im Jahr keine angemessene Behandlung beinhalten kann und ganz sicher keine Psychotherapie.

Die psychotherapeutische Behandlung erfolgt in Deutschland im Wesentlichen über die Richtlinienpsychotherapie. Hier sind im Rahmen eines TK-Modell- vorhaben „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ Erstdiag- nosen von Psychotherapieanträgen einer Untersuchungsgruppe (N = 906) er- fasst worden. Während affektive (ICD 10: F3) und neurotisch somatoforme Störungen (ICD 10: F4) zusammen über 90% der Diagnosen ausmachen, sind Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis mit unter einem Prozent aufgeführt (Wittmann et al 2011).

Nun ist es gut möglich, dass bei den aktuellen Psychotherapierichtlinien, die in Bezug auf den aktuellen For- schungsstand veraltet sind (s.u.), Men- schen mit Psychosen wegen einer de- pressiven Erkrankung (die aber eigent- lich die Folge einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis ist) in psychotherapeutische Behandlung kommen, und somit statistisch bei den affektiven Störungen mitgezählt wur- den. Dies wird als alleiniger Grund so eine erschreckende Statistik noch nicht erklären. In Anbetracht der Häufigkeit von psychotischen Erkrankungen zu- sammen mit dem o.a. Hilfebedarf las- sen sich diese Zahlen nur so interpre- tieren, dass hier das psychotherapeu- tische System mit seinen Richtlinien mit dem Hilfebedarf von Menschen mit Psychosen nicht übereinstimmen.

Psychotherapeutische Behand- lung – Leitlinien

Die Psychotherapie hat bei der Be- handlung psychotischer Erkrankungen einen erheblichen Stellenwert. Es ist eine von allen Seiten akzeptierte und effektive Behandlungsmethode, die in Behandlungsplänen vorkommt. Zudem ist sie leitliniengestützt.

Es ist state of the art, psychotische Erkrankun- gen psychotherapeutisch zu behandeln.

Psychotherapeutische Behandlung für Men- schen mit Psychosen ist Wunsch des behan- delnden Teams, häufig der Angehörigen und der Betroffenen selbst (Albani et al 2012) –kurz: es ist state of the art, psychotische Er- krankungen psychotherapeutisch zu behandeln. Die S3 Leitlinien für bipolare Erkrankungen beschreiben Psychotherapie ohne Verfahrensfestset- zung als notwendigen Bestandteil der Behandlung. Die S3 Leitlinien für Schi- zophrenie werden zur Zeit überarbeitet, in anderen auch international gültigen Leitlinien (Leitlinie Schizophrenie des britischen National Institute für Health and Clinical Excellence (NICE), die Leitlinie mit der international besten Akzeptanz) gibt es eine eindeutige Empfehlung für den regelhaften Einsatz von Psychotherapie bei Psychosen. Die NICE Leitlinien empfehlen kognitive Verhaltenstherapie (CBT) und Famili- eninterventionen für alle Schizophre- niepatienten in der Routineversorgung . Familieninterventionen sollten bereits beim stationären Aufenthalt beginnen. Die unterschiedlichen Verfahren im

einzelnen betrachtet scheint aber auch die NICE-Leitlinie mit der Diskussion noch nicht am Ende zu sein: die Leit- linie empfiehlt 16 Einzelsitzungen, eine Stundenzahl, deren Nutzen unter anderem von den Verhaltenstherapeu- ten selbst infrage gestellt wird, da der langfristige Nutzen nicht nachgewiesen ist. Die tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie wird genannt – als Hilfe für den Therapeuten, Patienten mit Psychosen besser zu verstehen.

Warum wird die Bedeutung der Psychosenpsychotherapie mit fehlender Umsetzung beantwortet?

Es sind nicht die fehlenden Therapie- möglichkeiten, denn effiziente Therapi- möglichkeiten gibt es (u.a. Leichsen- ring et al 2005, Pharoah et al 2006, Wykes et al 2008). Die Studien zur ko- gnitiven Verhaltenstherapie (Wykes et al) und zur Familientherapie (Pharoah et al) sind evidenzbasiert. Die Studien- lage zur psychodynamischen Psycho- therapie von Psychosen ist im wesent- lichen empirisch (Leichsenring et al 2005) und hat somit keinen Eingang in die Leitlinien gefunden, zeichnet sich aber dadurch aus, dass dieses Verfah- ren sowohl stationär wie ambulant häufig mit Erfolg angewendet wird und auch eine lebhaft Tradition hat (Be- nedetti, Mentzos, Alanen um einige zentrale Autoren zu nennen). Die feh- lende Evidenz in der Studienlage hat bei den psychodynamischen Verfahren sicherlich auch damit zu tun, dass (wie in den anderen Therapieverfahren auch) eine Modifikation der klassischen Therapieverfahren erfolgen muss, um Menschen mit schizophrenen und bipo- laren Psychosen zu behandeln. Ein be- forschares Manual ist bislang in der psychodynamischen Psychosentherapie nicht zur Anwendung gekommen. Hierzu gibt es jedoch inzwischen Vor- arbeiten (Lempa und von Haebler, 2012).

Die Strukturen des Gesundheitswesens ermöglichen keine selbstverständlichere Behandlung, wie sie z.B. bei Depressi- onen üblich ist. Die chronisch Kranken sind bis heute die Verlierer geblieben. Dies ist schon länger bekannt, und so gibt es immer neue Änderungen der Versorgungsformen und der Gesetzes- lage, um solche Missstände aufzulösen: Integrierte Versorgung (IV), Medizini-

sche Versorgungszentren (MVZ), Home Treatment, Assertive Community Treatment (ACT) und vieles mehr, Soziotherapie und psychiatrische Pflege. Alle diese Angebote vermögen es (noch) nicht, die schlechtere Behandlung von Menschen mit Psychosen im Vergleich zu anderen psychiatrischen Erkrankungen aufzulösen. Oft genug wird Psychotherapie als Bestandteil der Behandlungspläne der IV, der stationären Versorgung und anderer Einrichtungen benannt, am Ende jedoch nicht durchgeführt. Hierfür werden personelle und finanzielle Gründe angeführt, was bei neueren Konzepten wie der IV nicht akzeptabel erscheint, sondern eher wie eine Mogelpackung.

Warum dominiert im Alltag die Pharmakotherapie?

In den psychiatrischen Praxen ist nicht ausreichend Raum für die Formen der evidenzbasierten Psychotherapien. Die niedergelassenen Psychiater und Nervenärzte mit psychotherapeutischer Ausbildung widersprechen an dieser Stelle: wie es sonst zu werten sei, was sie tun, wenn sie Menschen mit Psychose über Jahre hinweg begleiten und therapieren. Das Medikament könnten die Patienten überall bekommen, wenn der Behandler dieses aber nach Jahren noch verschreibt, so ist meist eine Beziehung entstanden, deren Entstehen als psychotherapeutischer Erfolg verstanden werden kann. Hierbei handelt es sich allerdings nicht um Richtlinienpsychotherapie, sondern um eine Haltung und eine Professionalität des häufig psychotherapeutisch ausgebildeten behandelnden Arztes, der als psychotherapeutisches Element in der Behandlung gedeutet werden kann.

Im Psychotherapeutenausbildungsgesetz ist die Behandlung von Menschen mit Psychosen nicht als Bestandteil der Ausbildung gefordert! Also kommt sie im Pflichtkatalog der Ausbildungsinstitute auch nicht vor und wird demzufolge in der Regel nicht gelehrt.

Die Arbeit mit Psychosekranken wird dann besonders schwer und für viele Therapeuten sehr belastend, weil das Werkzeug fehlt. Und die Beziehung, die es aufzubauen gilt, erscheint in endlos

weiter Ferne. Außerdem greifen die Ängste der Psychosekranken auf den Psychotherapeuten über, wenn dieser mit der psychotischen Abgrenzungsproblematik nicht vertraut ist. Andererseits ist es ein sehr befriedigendes Arbeitsfeld, weil die Betroffenen und ihre Angehörigen einen enormen Hilfebedarf haben.

Brauchen wir mehr Psychotherapeuten?

Die Zahl der niedergelassenen Psychotherapeuten nahm zu, die durchgeführten genehmigten Psychotherapien ebenfalls. Brauchen wir also mehr Psychotherapeuten? Nein, eher eine Umverteilung der behandelten Diagnosen. Michael Linden, Leiter des Psychotherapierates der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) sagt, dass hohe Ausbildungsstandards für Psychotherapie nur zu rechtfertigen sind, wenn Psychotherapie sehr viel konsequenter auf Krankenbehandlung im engeren Sinne eingeschränkt wird und supportive Therapie oder Unterstützung bei der Bewältigung allgemeiner Lebensbelastungen anderen überlassen wird (Linden 2010).

Der Implementierung einer selbstverständlichen psychotherapeutischen Behandlung von Psychosekranken steht auch die aktuellen Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses entgegen. Begleitfolge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen werden als Indikation angegeben, nicht jedoch die Kernsymptomatik. Dies entspricht nicht dem aktuellen Forschungsstand, so dass rein fachlich gesehen eine Änderung der Richtlinien erfolgen müsste.

Die aktuelle Versorgungslandschaft für Menschen mit Psychose

Woraus besteht die psychotherapeutische Unterversorgung?

Die Versorgungsrealität in Deutschland zeigt, dass Menschen mit psychotischen Erkrankungen nur selten eine adäquate

psychotherapeutische Hilfe bekommen, obwohl der Nutzen erwiesen und die Bereitschaft vorhanden ist. Die Daten zur Erstdiagnose in der Richtlinienpsychotherapie zeigen, dass eine Zunahme von Psychotherapeuten alleine Menschen mit Psychosen zu diesem Zeitpunkt nicht helfen würde. Eine spezifische Qualifikation, eine Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit und vor allem Strukturen, die mehr Kontinuität zu sichern, sind notwendig. Wenn Hilfen zur Eingliederung vorhanden sind, ist eine psychotherapeutische Behandlung meist nicht vorgesehen. Soziotherapie einzuführen, was eine gute Idee, ist jedoch in den meisten Regionen eine Versprechung geblieben. Ambulante psychiatrische Pflege ist ebenfalls nicht flächendeckend zu bekommen. Das führt zu einer Situation, in welcher immer wieder Betroffene in Kliniken und Heime eingewiesen werden, was meist keine angemessene, auch keine kostengünstige und vor allem keine perspektivische Lösung ist. Thomas Bock sagt hierzu: „Je kränker jemand ist, desto geringer sind seine Chancen auf qualifizierte Hilfe. In der übrigen Medizin wäre diese Ungerechtigkeit undenkbar.“

Die Integrierte Versorgung als neue Versorgungsform gibt Hoffnung, denn sie verspricht vorhandene Ressourcen verfügbarer zu machen und die Vernetzung der Disziplinen zu verbessern. Hierzu gibt es zu diesem Zeitpunkt nur Sonderverträge mit Krankenkassen, wie z.B. Verträge, die Krankenhäusern Gelder zusagen, wenn sie Ressourcen in den ambulanten Bereich umwidmen und Hometreatment aufbauen (Hamburger Modell DAK/ AOK u.a.). Es gibt auch Verträge mit Trägern der Eingliederungshilfe (SGB XII), bei welchen ambulante Krisenintervention und Hometreatment (SGB V) ausgeweitet wird (TK-Modell). Als drittes gibt es Integrierte Versorgungsverträge mit dem Ziel, komplexere und niedrigschwellige Leistungen in Facharztpraxen anzubieten (Berliner Modell DAK/BKK). Jedes dieser Modelle weist Stärken und Schwächen auf, deutlich wird dabei die dringende Notwendigkeit der Verbindung von SGB V und XII sowie der Vernetzung und Einbindung von Praxen. Es ist zu diesem Zeitpunkt noch unklar, ob im Rahmen der Verträge

Die Behandlung von Menschen mit Psychosen kommt im Pflichtkatalog der Ausbildungsinstitute nicht vor.

Dachverband Deutschsprachiger Psychosen-Psychotherapie e.V. (DDPP)

Der DDPP wurde im Mai 2011 gegründet. Der Verein ist ein Zusammenschluss von Psychiatern, Nervenärzten und Psychotherapeuten, die die psychotherapeutische Behandlung von psychotisch erkrankten Menschen fördern wollen. Erste Vorsitzende ist Dr. med. Dorothea von Haebler, Oberärztin an der Charité. Der DDPP ist aktiv bei der Aus-, Weiter- und Fortbildung in der Psychosenpsychotherapie.

Der DDPP fordert unter anderem, die Behandlungsstruktur und Abrechnungsmodalitäten entsprechend anzupassen und integrierte Versorgungsangebote zu schaffen. Ambulante und stationäre Versorgungsangebote müssten außerdem besser verzahnt werden.

Aktuelle Fortbildungsangebote findet man unter www.ddpp.eu.

Am 3.- 5. Mai 2013 findet unter dem Titel "Beziehungen und Grenzen. Menschen mit Psychosen in der Sozialpsychiatrie" der 3. Kongress des DDPP in Berlin statt. Näheres unter www.ddpp.eu.

die psychotherapeutische Qualifikation beachtet wird. Auch fremde Interessen sind bei geschlossenen Verträgen deutlich geworden, die damit eine bedürfnis- und ressourcenorientierte Hilfe fragwürdig erscheinen lassen. Unverständlich ist jedoch, dass solche Versorgungsmodelle sich zeitgleich mit der Erstellung von evidenzbasierten Leitlinien entwickeln, die bei den innovativen Modellen nicht berücksichtigt werden.

Beispiel der psychodynamischen Psychosenpsychotherapie

Die psychodynamische Psychosenpsychotherapie geht auf die spezifische Verwundbarkeit bei der Kontaktgestaltung ein. Die grundlegende Theorie geht von Dilemmata zwischen Nähe und Distanz bzw. Autonomie und Abhängigkeit aus. Mentzos spricht vom Dilemma zwischen selbst- und objektbezogenen Tendenzen. Aufgrund der Annahme, dass vergangene und aktuelle Beziehungserfahrungen von Menschen mit Psychosen zu intrapsychischen Spannungen führt, die die Verarbeitung von Erfahrungen beeinträchtigen, hat sich eine modifizierte Psychotherapie entwickelt, welche die individuelle Lösung dieser Dilemmata, also z.B. den Wahn als konstruktiven

Lösungsversuch ansieht. Somit muss er nicht als Symptom bekämpft werden, sondern kann in einen Verstehensprozess eingebunden werden, der eine Brücke zum Patienten schaffen kann. Psychodynamisches Verständnis bedeutet die Möglichkeit für den Therapeuten, dem Beziehungsdilemma nicht ausgeliefert zu sein, sondern eine gelassene und konstruktive Position einnehmen zu können. Mit dem Patienten werden dann in der therapeutischen Beziehung die Grenzen zwischen ich und du und die Einordnung in gestern, heute, morgen erarbeitet, ohne dass der Betroffene selbst vorgegebene Strukturen erfüllen muss. Der Erfolg zeigt sich in einer Angstreduktion, die dann eine therapeutische Beziehungsarbeit und Rekonstruktion der Biographie ermöglicht.

Zusammenfassung

Die Aufgaben der aktuellen Entwicklung liegen auf der Hand: für eine besser qualifizierte und selbstverständlichere psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit Psychosen ist eine verfahrensübergreifende Zusammenarbeit in Praxis, Lehre und Forschung dringend notwendig. Die Ausbildungspläne von Hochschulen und privaten Instituten müssen die Psychotherapie von Patienten mit psychotischen Erkrankungen besser oder überhaupt erst berücksichtigen. Die Richtlinien für Psychotherapie der Schizophrenie müssen dem aktuellen Forschungsstand angepasst werden, und eine psychotherapeutische Behandlung der Grunderkrankung im Sinne der Leitlinien im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans ermöglichen.

Die Umsetzung der S3-Leitlinien muss erfolgen und damit sollte dem Psychosepatienten eine Psychotherapie zur Verfügung stehen. Von den Anbietern „Integrierter Versorgung“ ist zu fordern, dass sie psychotherapeutisch qualifiziertes Personal einstellen. Ein deutlicher Nachteil zu diesem Zeitpunkt ist noch die Kassenwillkür und damit neue Abhängigkeiten, hier erscheinen Qualitätskontrollen vom Gesetzgeber notwendig. Der Vorteil der integrierten Versorgung ist, dass sie neue Standards für die Regelversorgung etablieren kann, und dies eine Chance für Menschen mit Psychosen werden kann. ●

Literatur

- Albani C, Blaser G, Geyer M, Schmutzer G, Brähler E** (2010), Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus der Sicht der PatientInnen – Teil I Versorgungssituation. *Psychotherapeut* 55: 503–514
- Linden, M, Langhoff C** (2010), Verhaltenstherapie – Kompetenz-Checkliste Kompetenzerrfassung, Qualitätssicherung und Supervision; *Psychotherapeut* 55:477–484
- Leichsenring F, Dümpelmann M, Berger J, Jaeger U, Rabung S** (2005), Ergebnisse stationärer psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung von schizophrenen, schizoaffektiven und anderen psychotischen Störungen. *Z Psychosom Med Psychother* 51, 23–37.
- Lempa, G und von Haebler, D** (2012), Werkzeugkasten des psychodynamischen Psychotherapeuten. *Psychotherapeut* 57,495–504.
- Melchinger, H.** (2012) Psychotherapie: Unter- oder Fehlversorgung? *Psychosoziale Umschau* 03; 4 – 7.
- National Institute for Health and Clinical Excellence** (2009) Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update). *National Clinical Practice Guideline Number 82*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Pfammatter M, Junghan U.M.** (2012) Integrierte psychotherapeutische Behandlung von schwer psychisch Kranken“ *Nervenarzt* 83:861–868
- Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W** (2006) Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*(4):CD000088.
- von Haebler D, Lempa G, Klingberg S, Schultze-Jena, Hümbis N, Bock, T** (2011) Stellungnahme des Dachverbandes Deutschsprachiger Psychosen-Psychotherapie (DDPP) zur Debatte um seelische Gesundheit, Psychotherapiebedarf und „Integrierte Versorgung“. <http://www.ddpp.eu/bilder/111124StellungnahmeDDPPb.pdf>
- Wittchen HU, Jacobi F.** (2005), Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol.* 15(4):357–76. Review.
- Wittmann, W.W., Lutz, W., Steffanowski, A., Kriz, D., Glahn, E.M., Völkle, M.C., Böhnke, J.R., Köck, K., Bittermann, A. & Ruprecht, T.** (2011). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrrier N** (2008) Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr Bull* 34(3):523–37

Über den Nutzen systemischer Arbeitsformen für die sozialpsychiatrische Praxis

Von Hans-Thomas Keller

Nach einem Überblick über Geschichte und heutigen Stand Systemischer Konzepte und Therapien, die immer eng im Kontakt mit psychotischen Störungen entwickelt wurden, wird das sozialpsychiatrisch mustergültige finnische Konzept des Open Dialogue dargestellt, das mit einer Netzwerk-Perspektive in geeigneten Strukturen, basiert auf Home Treatment durch gut ausgebildete mobile Teams, hervorragende Ergebnisse liefert.



Hans-Thomas Keller
Psychotherapeut und Psychiater. Nach jahrzehntelanger Arbeit in psychiatrischen Kliniken heute freiberuflich als Psychotherapeut, Dozent und Berater tätig. E-Mail: thokeller@t-online.de

Wenn „das Soziale“ in der Sozialpsychiatrie mehr bedeuten soll als sozialpolitische und soziotherapeutische Zielsetzungen im Hinblick auf Normalität, institutionelle Strukturen, Finanzierung, usw. (deren große Bedeutung ich keineswegs schmälern will), dann ist „das Systemische“ prädestiniert, diesen Begriff auch therapeutisch erfolgreich mit weiterem Inhalt zu füllen.

Der Weg zur Systemischen Familientherapie

Mitte der 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts bezeichnete Lynn Hoffman die soeben bekannt gewordene *Familientherapie des Mailänder Teams* um Mara Selvini-Palazzoli als „systemisch“. Sie meinte damit, dass diese Arbeitsform sie an die allgemeine Systemtheorie erinnerte, die nach dem 2. Weltkrieg die verschiedensten wissenschaftlichen Disziplinen durchdrang: Die Elemente eines Systems werden in ihren wechselseitigen *Beziehungen* untereinander betrachtet und gegen einen Kontext abgegrenzt. Die Mailänder Gruppe hatte sich nach erfolgversprechenden Anfängen der Arbeit mit Anorexie-Familien über mehrere Jahre ganz auf Familien konzentriert, in denen ein Mitglied, in der Regel eine Tochter oder ein Sohn, die Diagnose „Schizophrenie“ erhalten hatte. Ihre wichtigsten expliziten Elemente waren Hypothesenbildung (Wie können wir

die Symptome im Beziehungskontext verstehen?), Zirkularität (Wie greifen die Logiken und Interaktionen der Einzelnen wechselseitig ineinander?) und Neutralität (Wie können wir uns so verhalten, dass wir auf keiner Seite stehen und keine Personen diskriminieren?). Gianfranco Cecchin fügte später noch den Begriff der *therapeutischen Neugier* hinzu, des grundsätzlichen professionellen Interesses. Implizit war ihrer Arbeit aus meiner Sicht die Organisation metakommunikativer Prozesse und die diskursive Vielstimmigkeit im Team, allerdings nicht gegenüber den Klientensystemen.

Sie waren nicht die ersten, die Psychose mit Beziehungen und Kommunikation in Verbindung brachten. Hier einige wichtige vorangegangene Strömungen aus einem breiten Strom: Der von Adolf Meyer (einem bedeutenden Pionier der bio-psycho-sozialen Perspektive) beeinflusste US-amerikanische Psychiater *Harry Stack Sullivan* (er engagierte sich u.a. für homosexuelle Männer in der Psychiatrie und später in der Army) begann bereits in den 20er Jahren des letzten Jahrhunderts mit psychotherapeutischer Behandlung bei „Schizophrenie“, der er ein „*Entwicklungsprinzip*“ zu Grunde legte. In den 40er Jahren hielt er in der Klinik Chestnut Lodge (Rockville/Maryland) seine berühmten Vorlesungen über seine „*interpersonale Theorie*“ psychotischer Störungen.

In der gleichen Klinik wurde einige Jahre später von *Alfred Stanton* und *Morris Schwarz* ein nach ihnen benanntes Phänomen beschrieben: Sie hatten wiederholt beobachtet, wie *Spaltungsprozesse im Team* über einen speziellen Patienten mit psychotischen Entgleisungen eben dieses Patienten einher gingen; die Situation beruhigte sich regelmäßig, wenn das Personal in kooperativer Weise darüber ins Gespräch kam (Metakommunikation). Erst einige Jahre später beschrieb *Theodore Lidz*, auch ein Schüler Meyers, vergleichbare Phänomene (*elterliche Spaltung*, er sprach von „marital schizm“) in Familien mit psychotischen Söhnen und Töchtern.

Dann fand sich in den 50er Jahren ein ganz außerordentlicher Brain Trust von innovativen Therapeuten in Palo Alto/Kalifornien zusammen, was 1959 zur Gründung des *Mental Research Institute* führte. Hier wurden von *Virginia Satir* die ersten familientherapeutischen Schritte gewagt und durch *Paul Watzlawick* u. a. Grundlagen einer von klinisch-therapeutischen Fragen inspirierten Kommunikationstheorie und der lösungsorientierten Kurzzeittherapie gelegt. Der Philosoph, Anthropologe und Kybernetiker Gregory Bateson entwickelte das *Double-Bind*-Konzept, die Beschreibung sehr belastender und verwirrender widersprüchlicher Beziehungs- und Kommunikationssituationen, die nur durch Metakommuni-

kation aufgelöst werden können. Von dieser Gruppe gingen die wichtigsten Impulse für die spätere Arbeit des Mailänder Teams aus.

Ein weiterer entscheidender Schritt waren die in den frühen 60er Jahren publizierten Forschungsergebnisse von *Lyman Wynne* und *Margaret Singer* über bestimmte „*Kommunikationsabweichungen*“ (*Communication Deviance, CD*) in Familien mit schweren, insbesondere psychotischen, Störungen. Es handelt sich um Kommunikationsmuster mit fehlender Klarheit in den Beziehungen und Bedeutungen und der mangelnden gemeinsamem Aufmerksamkeitsfokussierung im familiären Dialog, die bei den unter solchen Umständen aufwachsenden Nachkommen zu Denkstörungen und Gefühlen von Sinn- und Zwecklosigkeit führen. In unterschiedlichen prospektiven und kontrollierten Untersuchungen, insbesondere den im Hinblick auf methodische Sorgfalt, Anzahl der Teilnehmer (je 200 in Index- und Kontrollgruppe) und Katamnesendauer (4 Jahrzehnte) einzigartigen *finnischen Adoptivfamilienstudien*, zeigte sich bei entsprechender genetischer Disposition ein deutlicher Zusammenhang zu späteren psychotischen, aber auch anderen ersten Störungen. Diejenigen Adoptierten jedoch, die in ursprünglich als gesund kommunizierend eingeschätzten Familien aufwuchsen, blieben trotz genetischer Risiken im späteren Leben symptomfrei.

Auf einem ganz anderen Nährboden, nämlich der britischen Sozialpsychiatrie der gleichen Zeit, entwickelten *Julian Leff* und *Christine Vaughn* ihr *Expressed Emotions*-Konzept, das bestimmte familiäre Kommunikationsformen (Kritizismus/Vorwurfshaltungen, Feindseligkeit und Überengagement von Seiten mindestens einer zentralen Bezugsperson gegenüber dem Patienten) – insbesondere bei sonst armem sozialem Netzwerk – als negative Verlaufsprädiktoren identifiziert hat. Dies wurde in einer kaum übersehbaren Zahl internationaler Studien für psychotische, aber auch viele andere Arten von ersten Störungen bestätigt. Keines dieser Kommunikationsstörungen-Konzepte erwies sich als streng spezifisch für „Schizophrenie“ (ich

hatte in dieser Zeitschrift - Heft 28[4], 2010 - Gelegenheit, meine Vorbehalte gegenüber diesem Begriff zu formulieren), die deutlichsten Bezüge scheint *Communication Deviance* aufzuweisen. Vieles lässt sich nicht nur in Familien, sondern auch in therapeutischen und institutionellen Kontexten wiederfinden: Wir Fachleute sind genauso wenig dagegen gefeit, ungutes Eigenes, teils aus unseren Biographien und in unseren Strukturen, zumindest in Gegenübertragung, zu agieren. (Christian Müller sagte einmal: „Es geht auch um uns!“). Und alle diese Befunde wurden zu Ausgangspunkten für Familientherapien unterschiedlicher Stilrichtungen mit jeweils positiven Resultaten.

Weitere Entwicklungen

In vielen Ländern fielen die Mailänder Samen auf sehr fruchtbaren Boden. Die systemischen Therapien eroberten seither alle Settings: von der Einzel- über Paar-, Familien- und Gruppentherapie bis hin zur Arbeit mit größeren Netzwerken. Sie wurden um Elemente von Hypnotherapie und Lösungsorientierung bereichert. Und sie nahmen

zeitgeschichtliche Strömungen auf: Der *Konstruktivismus* lehrte uns den unvermeidlichen Konstruktcharakter persönlicher Wirklichkeiten. Den *post-modernen Ideen* verdanken wir den Abschied von der Möglichkeit endgültiger Aussagen, die Einsicht in den formativen Charakter von Sprache und die Wertschätzung für Diskurs (statt Diskussion) und Vielstimmigkeit; die von der Tromsø-Gruppe um *Tom Andersen* entwickelte Methode des „*Reflecting Team*“ ist eine praktische Umsetzung davon. Hier sei noch der *Soziale Konstruktivismus* (*Ken Gergen* u. andere) hervorgehoben, eine sozialpsychologische Strömung, die untersucht, wie wir in Beziehung und Dialog gemeinsame Wirklichkeiten erzeugen, beispielsweise in therapeutischen Prozessen.

Heute gibt es in Deutschland zwei große Systemische Fachgesellschaften mit über 100 Mitgliedsinstituten, die eine große Zahl von systemischen und Familientherapeuten ausgebildet haben. Systemische Therapie und Familientherapie sind offiziell als wissenschaftlich begründet anerkannt. Systemische Arbeitsformen sind in meinen Augen für

sozialpsychiatrische Arbeit besonders geeignet, weil sie

- sehr flexibel, vielfältig und individuell nutzbar und
- sehr ökonomisch im Hinblick auf die Relation von zeitlichem Einsatz und therapeutischem Ergebnis sind,
- die Kooperation mit allen Beteiligten, auch Vertretern anderer Therapieschulen, stiften und fördern können und, wie wir gleich sehen werden,
- sehr gut für die Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgungsstrukturen taugen.

Netzwerkbezogene Arbeitsformen und Home Treatment: Ein sozialpsychiatrischer Durchbruch

In 1985 gründeten wir in einem psychiatrischen Großkrankenhaus in Langenfeld/Rheinland eine Arbeitsgruppe mit dem Ziel, die von den Mailändern erlernte Familientherapie in den psychiatrischen Alltag einzubringen. Wir lernten, dass wir es nicht nur mit Familien zu tun hatten, sondern auch die beteiligten Fachleute innerhalb und außerhalb der Klinik und weitere relevante Personen, wie Freunde, Kollegen, Chefs, mit Gewinn einbeziehen konnten. Es entstand das „*Langenfelder Kooperationsmodell*“, das sich im klinischen Alltag gut bewährte. Dabei stießen wir auf die texanische Galveston/Houston-Gruppe um *Harry Goolishian* und *Harlene Anderson*, die solche Arbeitsformen bereits in den 60er Jahren entwickelt hatten und von „*Collaboration in the Problem System*“ sprachen.

Und wir stießen auf die Arbeit der Tornio-Gruppe um *Jaakko Seikkula* und *Birgitta Alakare*. Sie hatten die Chance ergriffen, nach 1980 im finnischen West-Lapland-Distrikt (70.000 Einwohner) flächendeckend ein auf vorwiegend häuslicher Behandlung durch mobile multiprofessionelle Teams basierendes psychiatrisches Versorgungssystem für psychotische Störungen aufzubauen. Die von ihnen entwickelten Netzwerkgespräche nennen sie „*Open Dialogue*“. Die wissenschaftliche Evaluation mit mittlerweile 5-jährigen Katamnesen bei psychotisch Ersterkrankten zeigt deutlich gegenüber traditionellen klinikbasierten Versorgungssystemen

- eine geringe Zahl von Krankenhaustagen,
- geringeren Gebrauch von Neuroleptika,

- niedrigere und abnehmende Rezidiv-
raten,
- niedrigere Chronizitätsraten und
- weniger Frühinvalidität.

Diese Arbeitsformen breiten sich mittlerweile in Skandinavien, dem Baltikum und darüber hinaus aus und finden auch in Deutschland in einigen Pilotprojekten und den sich entwickelnden Strukturen der Integrierten Versorgung einen guten Nährboden. Diese erfreuliche Entwicklung wird sich zweifellos fortsetzen.

Ausblick

Wo ist Neues zu erwarten? Die für mich spannendsten Entwicklungen finde ich im Feld der *Psycho-Traumatalogie* und der entsprechenden Therapien. Das traumatologische Konzept der „dissoziativen Identitätsstörung“ (man beachte die metaphorisch-inhaltliche Ähnlichkeit mit Eugen Bleuler's „Schizophrenie“) knüpft über die hier beschriebenen Traumafolgestörungen unmittelbar an die von Kurt Schneider beschriebenen „Symptome ersten Ranges“ an, welche „für Schizophrenie beweisend“ sein sollten. Wir können daraus vermuten, dass viele Menschen mit psychotischen Störungen an Traumafolgen leiden. Ferner, dass die oben beschriebenen Kommunikationsstörungen traumatisierenden Charakter haben können. Die bisher kaum gestellte Frage nach den Quellen dieser Kommunikationsstörungen könnte dazu führen, diese ihrerseits in Sinne transgenerationaler Transmission aus Traumatisierungen heraus zu verstehen. Das wiederum könnte zwei Fragen aufwerfen: Was können Traumatherapien in der Behandlung psychotischer Störungen leisten? Und sollten wir uns dann nicht auch den Eltern unserer Patienten therapeutisch zuwenden, wie es sich in der Jugendhilfe bereits andeutet? Die systemische Szene findet hier vermutlich neues Ackerland vor. ●

Literatur

Seikkula, Jaakko, Arnkil, Tom Erik (2007), Dialoge im Netzwerk. Neue Beratungskonzepte für die psychosoziale Praxis. Neumünster.

Weitere Literatur stellt der Verfasser gern zur Verfügung: thokeller@t-online.de

Guter Rat ist teuer

Psychotherapie hilft bei Psychosen – aber wie kommt sie zu den Patienten?

Von Achim Dochat

Alle Behandlungsleitlinien sehen Psychotherapie als unverzichtbaren Teil der Schizophrenie-Behandlung an. De facto ist sie für dieses Klientel kaum erreichbar. Anpassungen der Psychotherapierichtlinien können die Nutzbarkeit von psychotherapeutischen Praxen verbessern. Noch zielführender wäre allerdings die Einbindung psychotherapeutischer Kompetenz in gemeindepsychiatrische Versorgungsnetze. Deshalb werden abschließend Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140a-d, SGB V als eine mögliche Option für die Gestaltung von sektorübergreifenden Komplexleistungen unter Einbeziehung von Psychotherapie diskutiert.

Der Vorbehalt, Schizophreniepatienten sei von Psychotherapie abzuraten, hält sich bis heute relativ hartnäckig. Wissenschaftlich hat sich die Debatte um Nutzen oder Kontraindikation eigentlich erledigt. Die Sinnhaftigkeit des Einsatzes von Psychotherapie in der Behandlung schizophrener und affektiver Psychosen steht fachlich außer Frage. Insbesondere zur Wirksamkeit kognitiv verhaltenstherapeutischer Methoden liegt eine große Zahl von Untersuchungen mit hohem Evidenzniveau vor (sehr gute Übersicht bei Klingberg, 2012). Entsprechend eindeutig äußern sich die wichtigsten Leitlinien zur Schizophreniebehandlung (NICE-Guideline 2010, für Deutschland die S3-Leitlinien der DGPPN 2006). Sie fordern Psychotherapie in allen Stadien der Psychosenbehandlung:

- Frühintervention in der Entwicklung/zu Beginn einer psychotischen Phase
- Stützende Therapie und Reduktion der Symptombelastung in der Akutphase
- Entwicklung von Kompetenzen und Erarbeitung von Strategien der Rückfallprophylaxe außerhalb akuter Phasen

In der Konsequenz heißt das nicht weniger als: Nicht die Anwendung, sondern der Verzicht auf Psychotherapie ist ein Kunstfehler!

Im Gegensatz zur wissenschaftlichen



Achim Dochat

Diplom-Psychologe, Psychol. Psychotherapeut. Bis Ende 2012 Abteilungsleiter Fachdienste bei der Bergischen Diakonie Wuppertal; ab 2013 Leitung des Geschäftsfelds Sozialpsychiatrie bei der Bruderhausdiakonie Reutlingen.

Bewertung hat sich allerdings die praktische Bedeutung von Psychotherapie in der Versorgungsrealität kaum verändert. In den Praxen niedergelassener Psychotherapeuten kommen nur wenige Psychosepatienten an – insbesondere wenige mit hohem Hilfebedarf.

Wenige Schizophreniepatienten in psychotherapeutischen Praxen

Auf der Suche nach Gründen für diesen geringen Versorgungsgrad wird i.d.R. zuallererst auf die bei weitem nicht ausreichenden Kapazitäten verwiesen. Sie führen schon jetzt zu unzumutbaren Wartezeiten – und in deren Folge zu Selektionseffekten, die Psychosepatienten verstärkt treffen. Und doch wäre es zu kurz gegriffen,

die Problemanalyse auf fehlende Quantitäten zu beschränken. Zum einen macht die Arbeitsform, der psychotherapeutische Praxen verpflichtet sind, dieses Therapieangebot nur für einen Teil des Klientels mit Psychoseerkrankungen nutzbar. Zum anderen sind längst nicht alle niedergelassenen Psychotherapeuten bereit und auch kompetent zur Psychosenbehandlung.

Einige optimierende Maßnahmen wären durchaus geeignet, den Anteil von Patienten mit Psychosen nachhaltig zu erhöhen. An erster Stelle sind hier die Psychotherapierichtlinien als Rechtsgrundlage der Verordnung zu nennen. Sie brauchen eine zeitgemäße Erweiterung des Diagnosespektrums. Noch sind dort schizophrene Psychosen als Indikation für Psychotherapie gar nicht vorgesehen; der Therapiebedarf muss aus den individuellen psychosozialen Folgen der Primärerkrankung begründet werden.

Als zusätzliche Begrenzung erweist sich, dass die Richtlinien eine Arbeitsform vorgeben (begrenzt Kontingent regelmäßiger 50-Minuten-Termine), die dem Hilfebedarf und den Kompetenzen vieler Klienten nicht entspricht. Auch erscheint es notwendig, bei Psychotherapeuten für ein erhöhtes Interesse und Bereitschaft an der Arbeit mit Psychosepatienten und an vernetzten, multidisziplinären Arbeitsformen zu werben. Flankierend müssen Bemühungen hinzukommen, in Aus- und Fortbildung die Qualifikation für die Arbeit mit psychotischen Krankheitsbildern zu verbessern.

Psychotherapeutische Begleitung von Menschen mit schweren und chronischen Psychosen

Aber selbst dann wird ein erheblicher Teil der Zielgruppe nicht erreicht werden: Die Menschen mit schweren und chronischen Psychoseerkrankungen, die nicht bereit oder in der Lage sind, sich an einen niedergelassenen Psychotherapeuten zu wenden. Psychotherapie muss auch in ihre Versorgung und Behandlung integriert werden. Regelmäßige externe Sitzungen sind dafür allerdings weniger geeignet. Es geht stattdessen um eine therapeutisch qualifizierte kontinuierliche Begleitung. Sie muss sich auf u.U. längere Zeiträume einstellen und methoden-

integrativ sein, mit unterschiedlicher Intensität je nach Bedarf und mit unterschiedlicher methodischer Schwerpunktsetzung je nach Krankheitsphase. Sie muss lebensweltbezogen sein, das heißt Behandlung und Krisenhilfe im eigenen Umfeld anbieten. Nur wenn psychotherapeutische Kompetenz integrierter Bestandteil ambulanter gemeindepsychiatrischer Versorgungsnetze ist, ist sichergestellt, dass auch Menschen mit hohem Bedarf, aber wenig aktivem Hilfesuchverhalten erreicht werden.

Beeindruckende Erfahrungen aus Skandinavien belegen die Wirksamkeit der Einbindung psychotherapeutischer Kompetenz in lebensweltbezogene ambulante Hilfeformen. In mehreren Projekten zu Erstbehandlung, ambulanten Akutversorgung, Krisenintervention und Rückfallprophylaxe von Psychosen (Stockholm, Turku, Westlappland, u.a.m.) wurden unter dem Label „Need Adapted Treatment“ beeindruckende, empirisch gut abgesicherte Ergebnisse erzielt. Im Kern stehen dort ambulante Psychose-Teams, die sich in erster Linie auf systemische und familientherapeutische Techniken stützen (Übersicht bei Aderhold et al., 2003).

den unter dem Label „Need Adapted Treatment“ beeindruckende, empirisch gut abgesicherte Ergebnisse erzielt. Im Kern stehen dort ambulante Psychose-Teams, die sich in erster Linie auf systemische und familientherapeutische Techniken stützen (Übersicht bei Aderhold et al., 2003).

Psychotherapeutische Kompetenz in gemeindepsychiatrischen Teams

Mehr als die Schaffung zusätzlicher Therapieplätze

Am Beispiel des Psychologischen Fachdiensts der Bergischen Diakonie können die Möglichkeiten gezeigt werden, die sich aus der Einbindung psychotherapeutischer Kompetenz in ein gemeindepsychiatrisches Versorgungsnetz ergeben.

Im Sozialtherapeutischen Verbund der Bergischen Diakonie, dem Bereich der Hilfen für psychisch kranke und behinderte Menschen, werden im nördlichen Kreis Mettmann, in Wuppertal und in Solingen ca. 300 Menschen in kleinen dezentralen Einrichtungen betreut. Hinzu kommen mehr als 400 Klienten, die in der eigenen Wohnung ambulant betreut werden. Diese verbundförmig organisierten, gestuften Hilfen zum

Wohnen werden flankiert von einem Netz weiterer Angebote in den Bereichen Kontakt- und Beratung, Tagesstruktur, berufliche Teilhabe, Pflege und Krisenhilfe.

Teil dieses Netzes ist der Psychologische Fachdienst, ein Team psychologischer Psychotherapeuten als übergreifende Querschnittsabteilung mit einem breiten Aufgabenspektrum:

- Qualifizierte Aufnahmeentscheidung und Risikobeurteilung bei Anfragen für Patienten mit Forensik- oder Gewaltvorgeschichte
- Diagnostik
- Einbindung in die individuelle Rehabilitations- und Betreuungsplanung
- Individuelle psychotherapeutische Begleitung bei Indikation
- Störungsspezifische Gruppenangebote (z.B. DBT, Sucht, Psychoedukation)
- Krisenintervention
- Team- und Mitarbeiterberatung, Coaching
- Interne Fortbildung (abgestimmt auf die Anforderungen von Konzeption und Mitarbeitern)

Die Aufzählung der Aufgaben lässt erkennen, dass der Sozialtherapeutische Verbund mit seinem internen psychologischen Fachdienst zwei Ziele verfolgt.

Er stellt zum einen Psychotherapiekapazität für die eigene Klientel bereit. Die Kooperation mit den Betreuungsteams und die Kenntnis der Personen ermöglichen einen bedarfsgerechten Einsatz der Ressourcen. Damit ist keine Infragestellung des Systems der Niederlassung gemeint. Der interne psychologische Fachdienst kooperiert so häufig wie möglich mit externen psychotherapeutischen Praxen. Im Sinne von Normalisierung, Förderung von Autonomie und freier Behandlung werden Patienten, die dazu in der Lage sind, bei der Suche und Kontaktaufnahme unterstützt. Wo dies gelingt, können Systemunterschiede und die Vorteile einer Rollenteilung sinnvoll genutzt werden.

Gleichzeitig bedeutet der psychologische Fachdienst eine Qualifizierung und fachliche Absicherung des Angebotsnetzwerks des sozialtherapeutischen Verbunds insgesamt. Psychotherapeutische Kompetenz leistet einen wesentlichen Beitrag in der Organisa-

tion kontinuierlicher Unterstützung. Der psychologische Fachdienst der Bergischen Diakonie ist Teil des Eingliederungshilfe-finanzierten Wohnverbunds. Derzeit laufen Bemühungen, seine Finanzierungsbasis den Erfordernissen der Ambulantisierung und der Entwicklung von Komplexleistungen anzupassen – eine ebenso notwendige wie schwierige Aufgabe.

SGB-V- und SGB-XII-Leistungen

Getrennte Welten erschweren bedarfsgerechte Versorgungslösungen

Der größte Teil der ambulanten Versorgung psychotischer Menschen liegt heute in den Händen von Institutionen der gemeindepsychiatrischen Grundversorgung. Mit dem Ausbau der außerklinischen Versorgung sind regelrechte Parallelwelten entstanden. Vielerorts stehen (medizinisches) Behandlungssystem auf der Grundlage des SGB V und System der gemeindepsychiatrischen Versorgung, das sich weitgehend im Rahmen des SGB XII bewegt, relativ unverbunden nebeneinander.

Ziel der Gestaltung ambulanter gemeindepsychiatrischer Versorgungsnetze muss die umfassende (d.h. medizinische, soziale und pflegerische) Verantwortung für die Versorgung von schwer und chronisch psychisch kranken Menschen sein. In der Behandlung und Begleitung von Menschen mit Psychosen SGB-V- und SGB-XII-Leistungen verknüpfen zu können, ist eine notwendige Voraussetzung für die Gestaltung bedarfsgerechter Versorgungssysteme ohne Sollbruchstellen.

Ein Blick auf Erfahrungen in anderen Ländern bestätigt dies. NICE-Guideline und auch die neue S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“ (DGPPN, 2013) bescheinigen sehr hohe empirische Evidenz für aufsuchende Behandlung zu Hause und multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams mit Verantwortung für medizinische und soziale Versorgung, die aber unter den geltenden sozialrechtlichen Voraussetzungen in Deutschland sehr schwer umzusetzen sind.

Integrierte Versorgung als Chance?

Der Gesetzgeber hat in den vergangenen Jahren zwei neue Instrumente ins SGB V eingefügt, die im Sinne eines Experimentierfeldes den Krankenversicherungen Erfahrungen mit neuen Vertragsformen außerhalb des starren Sozialleistungssystems ermöglichen sollen. Mit ihnen bietet sich die Chance der pauschalisierten sektorübergreifenden Definition und Finanzierung von Leistungen und damit zur Zusammenführung von medizinischem und gemeindepsychiatrischem System:

- §64b, SGB V: Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen
- §140 a–d, SGB V: Integrierte Versorgung (IV)

Während sich auf den §64 zwar zur Zeit viel Aufmerksamkeit richtet, aber noch kaum praktische Erfahrungen vorliegen, steigt in den letzten Jahren die Zahl der Verträge zur integrierten Versorgung psychisch kranker Kassenspatienten. In den abgeschlossenen Verträgen zur psychiatrischen Versorgung versuchen die Krankenkassen, in der Akutbehandlung flexible ambulante Lösungen zu belohnen und Alternativen zur stationären Klinikversorgung zu entwickeln. Dabei sind z.T. sehr innovative Konzepte entstanden (Faulbaum-Decke, Zechert 2011). Und doch sind die alten Systemgrenzen noch nicht überwunden. Man sieht den Leistungspaketen meist an,

ob es sich bei den Organisatoren um Kliniken oder gemeindepsychiatrische Träger handelt. So überrascht es nicht, dass psychotherapeutische Behandlung auch in IV-Modellen selten formell einbezogen ist, und dass es das Konzept eines Klinikträgers ist, das explizit stark auf psychotherapeutische Maßnahmen setzt (Lambert et al. 2010).

Immerhin bieten IV-Verträge eine Chance für die Organisation von psychiatrischer Versorgung in Form von sektorübergreifend und multiprofessionell ausgerichteten Komplexangeboten und Casemanagement. Dies beinhaltet auch die Möglichkeit der Einbindung psychotherapeutischer Kompetenz in die Gestaltung von teambasierten ge-

meindepsychiatrischen Hilfesystemen. Gelingt es, psychotherapeutische Anteile in Modellen zur integrierten Versorgung von Schizophreniepatienten mit den Krankenkassen zu verhandeln, so bedeutet dies zusätzliche Behandlungskapazität außerhalb der Regelversorgung mit mehr Gestaltungsspielraum als in der Richtlinienpsychotherapie. Damit würde nicht nur das limitierte System der kassenzugelassenen Psychotherapeuten entlastet, sondern vor allem auch die Chance zur bedarfsgerechten Versorgung dieser schwer zu erreichenden Gruppe verbessert. ●

Literatur

Aderhold, V., Alanen, Y., Hess, G., Hohn, P. (2003) Psychotherapie der Psychosen – Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien

Gießen, Psychosozial-Verlag

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2006) S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Band 1 Schizophrenie Darmstadt, Steinkopff

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2013) S3 Praxisleitlinien Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen Berlin, Springer

Faulbaum-Decke, W.; Zechert, C. (2011) Ambulant statt stationär – Psychiatrische Behandlung durch integrierte Versorgung Bonn, Psychiatrie-Verlag

Klingberg, S. (2012) Psychotherapie bei Psychosen: gefährlich und undurchführbar oder leitliniengerecht und wirksam? Vortrag, 26.6.2012

http://www.lpk-bw.de/archiv/news2012/pdf/2012-06-26-klingberg-tuebingen-lpk_bw.pdf

Lambert, M.; Naber, D.; Bock, T.; Meigel-Schleiff, C.; Ohm, G. (2010) Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen – Das »Hamburger Modell« Soziale Psychiatrie 127, 1/2010, S. 30–32

NICE (2010) Schizophrenia; NICE Clinical Guideline 82 www.nice.org.uk/CG82

Psychosen aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Von Elisabeth Berger

Die Frage: „Habe ich eigentlich etwas zu diesem Thema zu sagen?“ drängte sich mir immer wieder auf, seit ich gebeten wurde, diesen Artikel zu schreiben. Nur einmal war ich in der Psychiatrie und wie es früher dort war, weiß ich aus Büchern und von anderen Betroffenen. Sicher ist, dass nicht jede stationäre Psychiatrie gleich ist, und die Psychiatrie immer nur so gut (oder schlecht) ist, wie die Menschen, die darin arbeiten. Doch die Umstände meiner Einweisung und die ersten 24 Stunden auf einer Psychiatriestation waren so prägend für mich, dass ich nie wieder eine solche Station betreten werde. Auch jetzt – sechs Jahre später – fällt es mir noch sehr schwer, über meine Erfahrungen mit dem psychiatrischen Versorgungssystem zu schreiben und das, obwohl ich wieder gesund geworden bin – trotz Psychiatrie.

Ich bin wieder gesund geworden – trotz Psychiatrie.

nige Tage nicht verlassen darf, aber die Türen nicht verschlossen sind. Allein das Wissen, jederzeit ohne große Problem „weglaufen“ zu können, macht diese Lösung für mich völlig reizlos. In den ersten Tagen nehme ich die Medikamente regelmäßig, lasse sie dann aber zunehmend öfter in der nächsten Toilette verschwinden.

Im Raucherraum lerne ich meine Mitpatienten kennen. Die Station ist gemischtgeschlechtlich und die gesundheitlichen Probleme der Anderen

reichen von Angstzuständen über Magersucht bis zu Parkinson. Es herrscht gähnende Langeweile. Irgendwann darf ich zur Ergotherapie gehen. Körbchen basteln ist langweilig, aber immer noch besser, als den ganzen Tag im Zimmer zu sitzen, oder auf dem Gang spazieren zu gehen.

Die wenigen Gespräche, die ich mit meiner behandelnden Ärztin habe, dienen nur dem Zweck, meine Selbstmordgefährdung zu überprüfen. Ich verstehe sofort, was sie von mir hören will, widerrufe die ganze Geschichte, die ich bei meiner Einweisung erzählt habe, obwohl (für mich) weiter alles daran stimmt. Nein, natürlich habe ich noch nie daran gedacht Suizid zu begehen. Ich möchte nur noch nach Hause und mich ambulant weiter behandeln lassen. Endlich ist der Spuk vorbei und ich darf die Klinik verlassen.

Nach der Klinik

Daheim nehme ich die wenigen Tabletten, die mir die Klinik mitgegeben hat, nur sporadisch ein. Mein Versuch, einen Psychiatertermin zu bekommen, scheitert. Trotz Hinweis darauf, dass ich grade erst aus der Klinik entlassen wurde und Medikamente benötige, bietet man mir einen Termin in 6 Wochen

Elisabeth Berger

Jahrgang 1962, Dipl.-Soz. z. Z. tätig in der freien Wirtschaft, Psychiatrieerfahrene.

an. Das Drama nimmt seinen Lauf. Innerhalb kürzester Zeit verschwinde ich wieder in meiner Welt aus Verfolgung und Verschwörung. Mein Mann ist verzweifelt. Es dauert noch vier Wochen bis ich endlich bereit bin, einen Arzt aufzusuchen. Diesmal nehme ich die Medikamente regelmäßig und ohne jede Unterbrechung.

Die erste Dosis der Medikamente trifft mich wie ein Hammerschlag. Ich bin zu nichts mehr fähig. Die Neuroleptika machen mich so müde, dass ich kaum noch denken kann. Tagtäglich schleppe ich mich zur Arbeit und zurück, um dann ins Bett zu fallen.

Angst, Angst, Angst

Mein Leben ist ein Trümmerhaufen. Im Internet recherchiere ich meine Diagnose, lese die schlechten Prognosen und weiß, dass ich keine Zukunft mehr haben werde. Dass ich ausgerechnet auf Seiten der Pharmaindustrie gelandet bin, weiß ich zu diesem Zeitpunkt noch nicht. Für mich ist klar: ich werde nie wieder gesund werden. Es gibt nur einen Ausweg:

Selbstmord! Erst nachdem ich weiß, wie ich meinem Leben ein Ende setzen kann, beginne ich zu kämpfen. Umbringen kann ich mich später immer noch. Trotz sedierender Neuroleptika wird mein Leben von Ängsten bestimmt: Angst, der SpD taucht bei mir auf. Angst, jemand könne den Klinikbericht lesen. Angst, dass mein Leben zerstört ist. Angst vor Ärzten. Angst vor einer neuen Einweisung. Angst noch mal mein Selbstbestimmungs-

Begegnung mit der Psychiatrie

Mein Klinkaufenthalt dauert drei Wochen. Eigentlich habe ich ein PsychKG über sechs Wochen, aber ich lerne sehr schnell, worüber man reden darf und wie man sich verhalten muss. Nach der ersten Nacht, die ich alleingelassen und im wahrsten Sinn des Wortes gefesselt ans Bett verbringe, erklärt mir meine behandelnde Ärztin, dass in meiner Hirnchemie ein Ungleichgewicht sei und sie mir dagegen Tabletten geben würde. Diese Erklärung ist jedoch nur so lange erleichternd für mich, bis ich bemerke, dass sie mir nichts von dem glaubt, was ich in den letzten Wochen erlebt habe. Von nun an spreche ich in der Klinik nie wieder über die unglaublichen und schrecklichen Dinge, die mir widerfahren sind. Innerhalb weniger Stunden schalte ich – zumindest nach außen hin – auf völlig normal um, während in mir der Wahnsinn fröhlich weiter tobt.

Eine Krankenschwester erklärt mir freundlich, dass ich die Station für ei-

recht zu verlieren. Angst, nie wieder ernst genommen zu werden. Angst, dass man mir nichts mehr glauben wird. Angst, Angst, Angst. Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein sind nicht mehr vorhanden.

Auf Druck meiner Familie und meiner Freunde beginne ich eine tiefenpsychologische Psychotherapie bei meinem Psychiater, die ich jedoch nach ca. 15 Stunden abbreche. Parallel dazu reduziere ich langsam und in sehr kleinen Schritten die Medikamente.

Mit jedem Reduzierungsschritt kommen neue Erinnerungen an meine psychotische Phase hoch. Gefühlsmäßig sitze ich in einem Aufzug. Jeden

Tag geht es mehrfach rauf und runter. Es vergehen 8 Monate bevor ich die Therapie wieder aufnehme – kurz bevor ich die Medikamente endgültig absetze. Bereits drei Wochen später bin ich wieder psychotisch. Mit Hilfe einer guten Freundin und einer Tavor überstehe ich die Krise unbeschadet. In aller Deutlichkeit erinnere ich mich wieder an die erste Nacht in der Psychiatrie – angebunden ans Bett, die Gurte zu stramm gezogen. Ich erinnere mich an die Schmerzen in meinem Arm und daran, wie ich mein ganzes Denken darauf konzentriere, nichts mehr mit meinem Körper und den Schmerzen zu tun zu haben. Völlig retraumatisiert versuche ich mein inneres Gleichgewicht wieder zu finden. Es dauert Monate. In den Jahren darauf folgen weiter psychotische Krisen, die aber zunehmend milder und kürzer werden. Krankenschreibungen sind nicht notwendig. Gespräche und Beruhigungsmittel reichen aus. Mit jeder neuen Krise finde ich auch neue Strategien damit umzugehen. Meine mit Abstand beste Strategie ist es, dass (phantasiert) Erlebte auf die Traumbene zu verschieben und wie einen Traum zu analysieren. (Dorothea Buck hat mich darauf gebracht) Diese Methode macht sogar den Einsatz von Tavor überflüssig. Die letzte Krise liegt jetzt 9 Monaten zurück und ich bin guter Hoffnung, dass es die Letzte gewesen ist.

Wie es mir heute geht

Heute ist mein Leben wieder in Ordnung. Vieles hat sich zum Positiven verändert. Ich habe immer noch einen

Job auf dem ersten Arbeitsmarkt, der mich voll ausfüllt. Mein Selbstwertgefühl und mein Selbstbewusstsein sind wieder hergestellt, die Stressempfindlichkeit hat sich in Luft aufgelöst und ich bin genau so belastbar wie vor der Psychose, nur deutlich ruhiger und gelassener. Allerdings macht die Jobsicherung ein Pseudonym für diesen Bericht erforderlich.

Medikamente nehme ich seit vielen Jahren nicht mehr und meine Therapie wird in naher Zukunft abgeschlossen sein. Von meinem Wahngedächtnis ist – außer den Erinnerungen daran – nichts mehr übrig geblieben. Das Hier und Jetzt hat mich

wieder. Es ist mir gelungen, einen großen Teil meiner Psychoseinhalte auf der Symbolebene zu verstehen und die psychotische Erfahrung in mein Leben zu integrieren. Eine Erfahrung, die ich heute nicht mehr missen möchte, da sie zu einer radikalen Wende in meinem Leben geführt hat. Auch hätte ich ohne diese Erfahrung niemals eine Therapie begonnen, von der ich heute sage: das war die beste Investition meines Lebens.

Was geholfen hat

Menschen

Wenn mich heute einer fragt, was mir auf dem Weg zu meiner Genesung geholfen hat, dann kann ich nur antworten: Menschen. Menschen an meiner Seite, die mich begleitet haben, die mich so angenommen habe wie ich bin. Menschen, die nie versucht haben mich krank zu reden. Menschen, die mir jeden Tag Hoffnung vermittelten. Menschen, die mir zeigten, dass sie an mich glauben, die mir etwas zutrauten.

Mein Mann nahm mich in meinen psychotischen Angstzuständen in den Arm, auf seinen Herzschlag, seine Atmung konnte ich mich konzentrieren, bis die Angst vorbei war. Monatelang hörte er sich absurde Geschichten an, nahm mir den ganzen Haushalt ab, sah geduldig zu, wie ich auf der Suche nach einem Heilungsweg zwei Jahre lang lesend und schreibend im Internet verschwand. Mein Mann war immer

an meiner Seite, er hat bestimmt mehr unter meinem Zustand gelitten, als ich jemals erfahren werde. Ohne mich jemals zu drängen ließ er mir Zeit, die ich brauchte, meinen Weg zu finden.

Eine gute Freundin stieg in meine Psychose ein. Mit viel Geduld hörte sie sich all meine Geschichten an, wechselte mit mir den Gesprächsort, wenn ich mich überwacht fühlte, schrieb Zettelchen mit mir, wenn ich mich abgehört fühlte. So gewann sie mein ganzes Vertrauen. Mit viel Geschick brachte sie mich dazu, meine abgebrochene Behandlung bei einem niedergelassenem Psychiater fortzusetzen. Viele andere Menschen haben mich unterstützt, über alle zu schreiben würde den Rahmen sprengen. Eins ist ihnen gemeinsam: sie haben mir zugehört.

Psychosen sind eine Sprache der Seele – Heilung geschieht durch Verstehen dieser Sprache

Frustriert vom biogenetischen Erklärungsmodell, das mir außer massiven Selbstmordgedanken und –plänen nichts brachte, suchte ich nach wirklich brauchbaren Erklärungsmodellen. Autoren, die das biogenetische Erklärungsmodell vertreten, vermied ich bewusst. Siedert von den Medikamenten fiel mir das Lesen zunächst schwer, kaum hatte ich aber mit dem Selbststudium begonnen, konnte ich nicht mehr aufhören. Peter Lehmann verhalf mir zu einer kritischen Sichtweise der Medikation und vermittelte mir, wie man Neuroleptika erfolgreich absetzt. Dorothea Buck rettete mein Leben. Gott sei Dank fiel mir ihr Buch

„Auf der Spur des Morgensterns – Psychose als Selbstfindung“ und einige ihrer anderen Veröffentlichungen kurz nach meiner Klinikentlassung in die Hände. Dort fand ich die entscheidenden Sätze, die mir wieder Hoffnung gaben. „Psychosen sind eine Sprache der Seele. Heilung geschieht durch Verstehen dieser Sprache“, heißt es da. „Wer seine Psychose verstanden hat, braucht keine weitere mehr.“ „Psychoseinhalte sind auf der Traum- und Symbolebene verstehbar“. „Psychosen sind der Aufbruch des normalerweise Unbewussten, um eine vorausgegangene Lebenskrise zu lösen, die wir mit unseren bewussten Kräften nicht lösen

„Wer seine Psychose verstanden hat, braucht keine weitere mehr.“

können.“ Mein Herz ging auf. Diese Worte verstand ich sofort. Endlich hatte ich gefunden wonach ich gesucht hatte.

Therapie oder „der Weg zur Heilung liegt darin, dass Unausgesprochene auszusprechen“

Oft habe ich gehört und gelesen, dass man psychiatrische Behandlung und Psychotherapie trennen soll. Meine große Angst vor Ärzten machte es mir damals unmöglich, neben meinem Psychiater noch einen weiteren Arzt oder Psychologen aufzusuchen. Vielleicht war ich am Anfang nicht wirklich „therapiefähig“, doch haben mich Gespräche extrem entlastet. Sehr hilfreich war die Erfahrung für mich, trotz meiner psychotischen Erfahrungen ernst genommen zu werden und ein absolut zuverlässiges Gegenüber zu haben. Die Gewalterfahrungen, die ich in der Psychiatrie gemacht hatte, standen oft zwischen mir und meinen Therapeuten. Meine unglaubliche Wut über das, was man mir in der Psychiatrie antat, hat dann zunächst dazu geführt, dass ich die Therapie abbrach. Unvorstellbar wurde, weiterhin Hilfe von einem Mitglied des Versorgungssystems anzunehmen. Die Neuroleptika machten mich zusätzlich völlig gleichgültig. Sogar eine Trennung von meinem Therapeuten von heute auf morgen konnte ich so ohne jeden Trennungsschmerz vollziehen.

Erst als mir Monate später jemand sagte: „der Weg zur Heilung liegt darin, dass Unausgesprochene auszusprechen“, nahm ich die Therapie wieder auf. Ich legte alle Familiengeheimnisse auf den Tisch, ließ nichts aus, brach jedes Schweigegelübde, verabschiedete mich vom verinnerlichten Redeverbot meiner Eltern, piff auf die anerzogene Loyalität. Es war ein einziger Befreiungsschlag! Langsam aber sicher konnte ich auch über die Inhalte meiner Psychose reden und eine Beziehung zu meinem Leben herstellen. Die Therapie half mir Worte zu finden, wo vorher keine waren. In Krisenzeiten – wenn die Realität heftig wackelte – halfen mir die Gespräche zur Stabilisierung.

Heute glaube ich, dass eine Psychothe-

rapie unter Neuroleptika nur begrenzt möglich ist und allenfalls eine stützende Funktion hat, da die Medikamente Gefühle zu stark abmildern. Außerdem ist mein persönlicher Eindruck, dass das Erinnerungsvermögen unter dem Einfluss von Neuroleptika stark eingeschränkt ist. Wie anders ist es erklärbar, dass ich mich vor der Psychose an Kindheitsgeschichten erinnern konnte, die ich mir in der Therapie erst wieder mühsam

ins Gedächtnis rufen musste? Klar wurde mir dies aber erst, als ich meine alten Tagebücher im Keller fand.

Resümee

Positiv an meinem Psychiatrieaufenthalt fand ich, dass es keine verschlossenen Türen gab. Gespräche werden uns aber immer noch nicht angeboten. Eine Aufklärung über die Medikamente fand – bis auf eine allgemeine Äußerung über Nebenwirkungen – nicht statt. Trotz ganz offensichtlicher Probleme in meinen Leben wurde meine „Störung“ auf eine in Unordnung geratene Hirnchemie zurück geführt. Meine Beschwerden über die Nebenwirkungen wurden nicht ernst genommen, sondern als ein Zeichen meiner Krankheit interpretiert. Eine Erklärung wie es zu diesem „Ungleichgewicht“ kommen konnte, gab es nicht. Noch immer sind die Erklärungsmodelle der Psychiatrie für die Entstehung von Psychosen extrem dürftig, wenig hilfreich und oft auch schädlich. Man beschränkt sich auf die Hirnchemie und Hirnentwicklungsstörungen. Soziale Einflüsse kommen maximal als Auslöser in Frage. Das entlastet nur die Angehörigen. Wir müssen uns immer noch alles selbst erarbeiten wie Dorothea Buck schon vor Jahren sagte. Wer zu den armseligen Erklärungsmodellen der Psychiatrie Alternativen sucht und wirklich verstehen will, was mit ihm passiert, ist auf sich allein gestellt. Einen Therapeuten zu finden, der bereit ist, Psychoseinhalte auf der Traumbene zu sehen und zu analysieren, der uns hilft, das psychotische Erleben nicht mehr von uns abzuspalten, sondern in unsere Leben zu integrieren, ist immer noch eine Rarität.

Vielen von uns wird darüber hinaus immer noch eine tiefenpsychologische Psychotherapie verweigert. Ob wir uns überhaupt auf eine Therapie einlassen können, hängt in großem Maße auch von der Erfahrung ab, die wir in der Klinik gemacht haben. Haben wir während und durch die Behandlung das biogenetische Krankheitsmodell angenommen, werden wir uns sicherlich nicht mehr mit unseren Psychoseinhalten beschäftigen. Auch psychiatrische Gewalterfahrungen senken das Vertrauen in die Profis in erheblichem Maße. Manch einer von „uns“ hat nach solchen Erfahrungen einfach keine Motivation mehr für eine Therapie.

Zwang und Gewalt werden uns immer noch als Hilfe verkauft. Aber ist es Hilfe, einen Menschen nachhaltig zu traumatisieren und sein Vertrauen in Ärzte zu zerstören? Wenn Psychose mit einem Verlust der Ich-Grenze verbunden ist, sollte man alles tun um das „Ich“ zu stärken. Fixierung und Zwangsmedikation sind da wohl eher

Ist es Hilfe, einen Menschen aus der Klinik zu entlassen, ohne dafür zu sorgen, dass anschließend eine zügige Weiterbehandlung gewährleistet ist?

kontraproduktiv. Ist es Hilfe, einen Menschen aus der Klinik zu entlassen, ohne dafür zu sorgen, dass anschließend eine zügige Weiterbehandlung gewährleistet ist? Welchen Sinn macht dann

die stationäre Gewalt- und Zwangsausübung? Ist es Hilfe, einem Menschen defizitäre Erklärungsmodelle für die Entstehung seiner Psychose mitzugeben und seine vorausgegangene Lebenskrise völlig zu ignorieren? Jede Krise ist gleichzeitig auch eine Chance auf persönliche Weiterentwicklung, aber auch das sagt man uns nicht. ●

Anforderungen an die Psychose-Behandlung aus Sicht der Angehörigen

Von Helene und Hubert Beitler

Eine Psychose hat eine Vorgeschichte, sie bricht nicht aus heiterem Himmel über Familien herein. Sei es, dass eine Mutter Hilfe sucht, weil der Säugling fast ununterbrochen zu schreien scheint, sei es, dass das Kindergartenkind nicht zu wissen scheint, wie es zu anderen Kindern Kontakt aufnehmen kann, sei es, dass das Schulkind gemobbt wird, Lernschwierigkeiten oder Schulangst entwickelt, sei es, dass der Jugendliche sehr an seinem Selbstwert zweifelt – all diese Schwierigkeiten können Hinweise auf eine sich anbahnende ernste seelische Erkrankung sein.

Eltern können durchaus das Gefühl haben, es geht ihrem Kind nicht gut und sie würden ihm gerne helfen, aber sie wissen nicht, wo sie Hilfe bekommen können. Es gibt kaum Ambulanzen für „Schreikinder“, eher den Rat, Fencheltee zu geben. Diese bagatellisierenden Allgemeinplätze sind im Vorfeld häufiger anzutreffen als qualifizierte Hilfestellungen. Es scheint so zu sein, dass man eine Schwierigkeit nicht problematisieren möchte aus Angst vor einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung, nach dem Motto „dort, wo ich kein Problem identifiziere, gibt es auch keines“.

Kultur des Wegschauens

Leider lässt sich das Problem nicht durch Wegsehen und Verharmlosen („das wächst sich schon noch aus“) wegzaubern, sondern kann im weiteren Verlauf mit einer nicht mehr zu übersehenden seelischen Störung zur Tatsache werden. Daher plädieren wir dafür, eine Kultur des Hinschauens zu etablieren und Probleme des Kindes immer ernst zu nehmen.

Was brauchen Angehörige, hier meistens die Eltern, in dieser frühen Zeit?

Einer Mutter mit einem sogenannten „Schreikind“ sollte eine Art Supervision angeboten werden, bei der die Interaktion zwischen Mutter und Kind angeschaut wird. Eltern müssen, damit sie solche Angebote schamfrei annehmen können, von der unmenschlichen Forderung, sie müssten in allem, was ihr Kind betrifft, von Natur aus perfekt sein, befreit werden. So sollte auch die Maßnahme, das Kind außerhalb der Familie unterzubringen, nur dann in Erwägung gezogen werden, wenn das Kind spezielle therapeutische Hilfen braucht, die in der Familie nicht umgesetzt werden können. Grundsätzlich sollten Eltern ermutigt werden, dass sie mit entsprechender Unterstützung ihrem Kind angemessen helfen können.

Ersterkrankung

Wenn bei einem Angehörigen die Krankheit ausbricht, wissen in der Regel weder der Betroffene noch die

Angehörigen genau, worum es sich handelt und was nun zu tun ist. Daher sollte es Informationsbroschüren sowohl für die Angehörigen, als auch für den Betroffenen geben, die

durch Hausärzte, Sozialpsychiatrische Dienste und ähnlich leicht zugängliche Institutionen erhalten werden können. Neben der Broschüre sollte es ein Gesprächsangebot geben, um die Inhalte der Broschüre zu besprechen.

Häufig steht der Angehörige mit der Erkenntnis, dass sein Familienmitglied krank geworden ist, allein auf weiter Flur. Die Profis ziehen sich auf die Sichtweise zurück, dass man nichts machen kann, wenn der Betroffene nicht selbst- oder fremdgefährdend ist. Der Betroffene selber hat meist – und durchaus berechtigt – so viel Angst vor der Psychiatrie, dass er dort keinesfalls freiwillig Hilfe suchen wird.



Hubert Beitler
Dr., Ingenieur und
Angehöriger.

Helene Beitler
Psychoseerfahrene
Künstlerin.

Daher wäre ein ambulanter, aufsuchender Krisendienst hilfreich. Bei diesem Dienst kann es nicht darum gehen, den Betroffenen so schnell wie möglich mit Medikamenten zu konfrontieren, wenn er noch gar nicht so weit ist, Medikamente für sich in Betracht zu ziehen. Es muss erst einmal darum gehen, eine Beziehung und Vertrauen herzustellen. In der engmaschigen, ambulanten Begleitung können Behandlungsmöglichkeiten mit dem Betroffenen erarbeitet werden, oder nach Lösungen gesucht werden, wie der Betroffene Unterstützung im Alltag bekommen kann, wenn er (noch) keine psychiatrische Behandlung wünscht.

Wünschenswert wäre es, wenn der Betroffene seine Angehörigen mit ins Boot nehmen kann. Mitunter ist für den Betroffenen, vor allem in der Krise, die Beziehung zu seinen Angehörigen so konfliktbehaftet, dass sie außen vor bleiben sollten. Damit Angehörige dies mit gutem Gewissen zulassen können, brauchen sie die Gewissheit, dass der Erkrankte in guten Händen ist. Daher sollte der Krisendienst auch eine Angehörigenprechstunde anbieten, in der die Angehörigen Informationen bekommen und über ihre Sorgen sprechen können.

Die Kliniken sollten spezialisierte Stationen für Ersterkrankte haben. Für eine solche Station ist ein umfassendes therapeutisches Konzept notwendig, das den Betroffenen und seine Angehörigen zumindest auf die Spur setzt, möglichst eigenverantwortlich mit der Krankheit umzugehen. Da der erste Kontakt mit der Psychiatrie entscheidend dafür ist, wie die psychiatrische Hilfe bewertet wird, sollte die Station für Ersterkrankte einen besonders hohen Qualitätsanspruch haben. D.h. saubere Räume, Rückzugsmöglichkeiten, ein hoher Personalschlüssel, vielfältige Therapien und Gesprächsmöglichkeiten, Aufklärung und Abstimmung über die medikamentöse Therapie.

Für die Angehörigen ist eine Angehörigensprechstunde dringend erforderlich, denn sie müssen oft die nachstationäre Begleitung des Erkrankten übernehmen. Sich dafür bestmöglich befähigen kann man sich halt nicht am Stammtisch, bzw. hier reicht der gesunde Menschenverstand immer wieder nicht aus. Angehörige haben in der Regel keine therapeutische Ausbildung und können schon durch ambivalente Wünsche des Erkrankten - ich möchte selbständig sein, aber ich möchte auch Kind bleiben - verunsichert werden. Irgendwo müssen sie solche Fragen besprechen können, um auch wirklich hilfreich für den Erkrankten sein zu können.

Erfahrene Erkrankte und Angehörige

Nicht vergessen sollte man Erkrankte und Angehörige, die eine lange Erfahrungsgeschichte mit der Krankheit haben. Der Betroffene weiß seine häusliche Umgebung zu schätzen und würde sie im Krisenfall nicht gegen die Nachteile eines Klinikaufenthaltes aufgeben wollen. In der Klinik hat er, wenn er nicht gerade ein Einzelzimmer hat - keinerlei Rückzugsmöglichkeit. Er muss sich auf lauter fremde Menschen und deren Eigenheiten einstellen, kurz, er hat jede Menge sozialen Stress, der gerade für psychotische Menschen besonders schwer zu ertragen ist. Die Angehörigen haben schon eine Reihe von psychotischen Krisen begleitet, wissen, wie die Phänomene einzuordnen sind, dass die akute Phase vorübergeht und

bringen daher eine gewisse Gelassenheit mit. Was nun fehlt, wäre ein ambulanter, aufsuchender Krisendienst, der eine Alternative zur Krankenhausbehandlung darstellt. Erfahrene Erkrankte und Angehörige empfinden das Fehlen eines solchen Dienstes als echten Strukturmangel.

Voraussetzung für eine häusliche Krisenbegleitung ist, dass die häusliche Situation spannungsfrei ist und dass möglichst rund um die Uhr ein Angehöriger/Begleiter anwesend ist. Es sollte eine tägliche Visite stattfinden, in der die Medikation festgelegt wird, die Vorhaben für den Tag abgefragt werden, die Begleitung abgefragt wird und eventuell auftauchende Probleme besprochen werden. Wichtig bei einer häuslichen Krisenbegleitung wäre, dass sich mindestens zwei erfahrene Angehörige (es können auch Freunde oder Bekannte sein) miteinander abwechseln. Ein Einzelner kann dies nicht alleine leisten und sollte es auch gar nicht versuchen. Wichtig ist auch, dass die Behandlungspflege gesichert ist, also das Dosieren und regelmäßige Einnehmen der Medikamente, das Überwachen der körperlichen Parameter, wie Blutdruck, Puls, Gewicht.

Denkbar wäre auch eine Kombination von stationärer Akutbehandlung und möglichst rascher Entlassung in eine ambulante häusliche Weiterbehandlung. Hier wäre dann die Gefahr, dass der Angehörige in der akuten Krise durch die Begleitung überfordert wird, nicht mehr gegeben, aber der Betroffene hat den Vorteil, dass es nur ganz kurz in die stationäre Behandlung muss. Bei der nachakuten Behandlung zu Hause wäre zwar eine tägliche Visite noch erforderlich, aber eine Rundum-die-Uhr-Begleitung des Erkrankten nicht mehr notwendig.

Unbedingt erforderlich für Psychotische wäre ein viel leichter Zugang zu besonders qualifizierten Psychotherapeuten, als es zur Zeit die Realität ist. Ebenso wird für viele psychotisch erkrankte Menschen ein Psychotherapeut mit einer speziellen Qualifikation in der Traumabehandlung wichtig sein.

Leider nehmen viele psychotisch erkrankte Menschen durch die medikamentöse Therapie sehr an Gewicht zu. Dies hat dann Folgeerkrankungen wie Diabetes, Gelenkerkrankungen, Herzkrankungen, vom gestörten Selbstbild und dem Verlust der körperlichen Attraktivität abgesehen. Daher wären nach jeder Psychose Rehamaßnahmen, um das Gewicht wieder in den Griff zu bekommen, aber auch um wieder einen erfüllten Alltag zu haben, ausgesprochen wichtig. Für die Angehörigen ist es immer wieder ein enormer Kraftakt, dem Betroffenen Mut zuzusprechen, angesichts einer Realität, die den komplexen Anforderungen der Erkrankung nicht gerecht wird. Einmal im Monat zum Psychiater gehen und das Rezept abholen reicht nicht aus, um eine nachhaltige psychische und physische Stabilisierung zu erreichen. Die Betroffenen verzweifeln und resignieren angesichts der fehlenden Angebote und die Angehörigen wissen oft auch nicht, woher sie die Hoffnung auf Besserung, wenn schon nicht Gesundheit, nehmen sollen. ☹

Angehörige können schon durch ambivalente Wünsche des Erkrankten verunsichert werden.

Ein ambulanter, aufsuchender Krisendienst, der eine Alternative zur Krankenhausbehandlung darstellt, fehlt.

Literatur

Helene und Hubert Beitler, Zusammenwachsen. Psychose, Partnerschaft und Familie. Balance Buch und Medien Verlag, 2008, ISBN 978-3-86739-023-1.

Genesungsbegleitung in der medizinischen und sozialen Rehabilitation

Erste Praxiserfahrungen Von Martin Schmidt und Henning Dimpker

Das Elisabeth-von-Thadden-Haus, eine Einrichtung des Diakonischen Werks Bonn und Region - gemeinnützige GmbH, blickt auf eine über 30-jährige Geschichte in der stationären Begleitung und Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zurück. Seit 1997 wird auch Menschen mit Doppeldiagnosen (Psychose und Sucht) ein Behandlungsangebot gemacht. Das Rehabilitationskonzept wurde, ausgehend vom sozialpsychiatrischen Modell in Umsetzung der Psychiatrie-Enquete, kontinuierlich fortgeschrieben. Nach Umbau und umfassender Renovierung 2010 bietet das Haus Raum für 24 Rehabilitanden in Einzelzimmern mit eigenem Bad.

Primäres Ziel der medizinischen und sozialen Rehabilitation ist es, dass die Rehabilitanden lernen, sich mit ihrer psychischen Erkrankung und ihrer Doppelerkrankung so weit zu stabilisieren, dass sie ihr Leben wieder möglichst selbstbestimmt unter Berücksichtigung der persönlichen Leistungsfähigkeit gestalten können. Unterstützung und Begleitung erhalten die Rehabilitanden durch Fachkräfte aus den Berufsfeldern der Diplom-Pädagogik, Diplom-Sozialpädagogik, Diplom-Sozialarbeit, Psychologie, Heilerziehungspflege und der Hauswirtschaft. Zusätzlich betreuen zwei Fachärzte der Institutsambulanzen der LVR Kliniken Bonn konsiliarisch die Rehabilitanden. Seit Juni 2012 beschäftigt die Einrichtung in unbefristeter Festanstellung einen Genesungsbegleiter mit 25 Wochenstunden.

„Hätte man mir noch vor 10 Jahren gesagt, dass wir einmal einen Psychiatrieerfahrenen als Kollegen beschäftigen würden, ich hätte ihn für verrückt erklärt.“ Diese sinngemäß zitierte Aussage eines langjährigen Mitarbeiters veranschaulicht, dass das Elisabeth-von-Thadden-Haus inhaltlich einen langen Entwicklungsweg gegangen ist. Von

der fürsorgenden Hilfe bei der Entospitalisierung psychisch Kranker hin zur aktiven Teilhabe und Partizipation am Rehabilitationsprozess. Befördert wurde diese Entwicklung durch den 2010 angestoßenen QM-Prozess, der zur Zertifizierung der Einrichtung mit dem „Diakonie-Siegel-Medizinische-Rehabilitation“ im Herbst 2012 führte.

Beteiligung der Klienten an der Behandlungsplanung

Die aktive Mitwirkung und Mitgestaltung der Rehabilitanden an ihrer individuellen Genesung und Wiedereingliederung ist schon lange Arbeitsgrundlage und qualitativer Standard in der täglichen Praxis. Diese fängt bei der mittelfristig bis langfristig angelegten Hilfe- bzw. Behandlungsplanung zu Beginn der Maßnahme an, setzt sich in den regelmäßig stattfindenden multiprofessionell zusammengesetzten Behandlungsteams fort und endet bei Absprachen zwischen Klienten und Betreuerinnen und Betreuern. Die intensive Beteiligung der Klienten an der Behandlungsplanung war nicht nur und nicht zuerst „höherer Einsicht“ der professionellen Mitarbeitenden zu verdanken, sondern der Erfahrung, dass eine Behandlungsplanung ohne Beteiligung, vor allem aber ohne Zustimmung der Klienten, eher keinen effektiven Nutzen für die Klienten mit sich bringt.

Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen an der konzeptionellen Weiterentwicklung der Einrichtung

Mit der Einführung eines Qualitätsmanagementhandbuchs, entsprechend der Vorgaben des „Diakonie-Siegel-Medizinische-Rehabilitation“, wurde die Einbeziehung von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen in die Weiterentwicklung der sozialpsychiatrischen Einrichtungen des Diakonischen Werks institutionalisiert. Im neu geschaffenen



Martin Schmidt
MA Sozialmanagement, Einrichtungsleiter im Diakonischen Werk Bonn und Region - gemeinnützige GmbH, E-Mail: martin.schmidt@dw-bonn.de



Henning Dimpker
Diplom Sozialarbeiter, Einrichtungsleiter Elisabeth-von-Thadden-Haus, Diakonisches Werk Bonn und Region, Goethestraße 23-25, Bonn, E-Mail: eth@dw-bonn.de

„Trialogischen Beirat“ beraten Psychiatrieerfahrene und Angehörige die Leitung (!) bei der Neuentwicklung und Überarbeitung der Qualitätsstandards. Genau an dieser Stelle wurde eine konzeptionelle Lücke deutlich: Wie kann das Expertenwissen von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen nicht nur in konzeptioneller Hinsicht, sondern alltäglich in der Begleitung der Klienten im Genesungsprozess (d. h. auch auf dem Weg zum Experten seiner Erkrankung/seiner selbst) nutzbar gemacht werden?

Seitenwechsel: Psychiatrieerfahrene als Mitarbeitende sozialpsychiatrischer Einrichtungen

Die Einstellung des ersten Genesungsbegleiters im Elisabeth-von-Thadden-Haus war in diesem Zusammenhang ein „Meilenstein“. Erstmalig in der Geschichte der Institution trafen „Erfahrene Experten“ in „Augenhöhe“ auf einen „Experten durch Erfahrung“. Eine Erweiterung der Fachlichkeit und eine Herausforderung in der Zusammen-

arbeit zugleich. Die Sozialpsychiatrie und damit auch die Rehabilitation von Menschen mit psychischen Krankheitsbildern hat sich lange Zeit, länger als andere Felder der medizinischen und sozialen Versorgung, mit der gleichberechtigten Einbeziehung von Erfahrungswissen schwer getan. Anders als zum Beispiel die Suchtkrankenhilfe, in der Begriffe wie „Ex-User“ oder „Ex-In“ schon seit zwei Jahrzehnten geläufig sind. Auf dem Hintergrund psychiatrischer Krankheitsbilder und ihrer Auswirkungen war die ablehnende Skepsis gegenüber Experten durch Erfahrung in der Sozialpsychiatrie und ihren Institutionen nicht leicht aus dem Weg zu räumen.

Auch im Elisabeth-von-Thadden-Haus waren im Vorfeld die Unsicherheiten und Sorgen deutlich zu vernehmen. Was ist die spezifische Qualifikation eines Genesungsbegleiters und wie ist Erfahrungswissen gegenüber dem Fachwissen einzuordnen und zu bewerten? Wird er fachliche Expertisen akzeptieren und wie wird er sich zwischen Rehabilitanden und Team positionieren? Wie belastbar ist ein Mensch, der selbst eine Psychose durchlebt hat und ist es sinnvoll ihn den psychischen Anforderungen in der Rehabilitation auszusetzen? Und geht es letztendlich nicht, wie so oft unter dem Diktat leerer Kassen, nur um Einsparungen. Wird die Professionalität des Fachpersonals nicht durch die „preiswerte Alternative“ der Genesungsbegleitung ersetzt und zugleich entwertet?

Psychiatrieerfahrene als sozial-psychiatrische Fachkräfte

Dabei liegt der Zugewinn für die praktische Arbeit basierend auf den bisherigen „dialogischen“ Erfahrungen auf der Hand. Kommunikation und Beteiligung machen den Weg zurück in ein gesünderes und selbstverantwortetes Leben nicht leichter, aber sie erweitern den Handlungsraum, zeigen alternative und unkonventionelle Perspektiven auf. Erfahrungswissen ist kein „Muss“ für die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen, aber wer könnte sich besser in „verrückte Welten“ einfühlen, als ein Mensch dessen Welt auch schon einmal „aus dem Fugen geraten ist“. Mut

machen durch eigene Genesungserfahrungen und die Orientierung an individuellen Ressourcen kann hier Türen öffnen, die in der klassischen Betreuungsarbeit oft verschlossen bleiben.

Die Sozialpsychiatrie hat sich lange Zeit mit der gleichberechtigten Einbeziehung von Erfahrungswissen schwer getan.

nicht nur der Genesungsbegleiter vor der Aufgabe stand, sich auch in dieser Frage zum Experten durch Erfahrung zu entwickeln. Dieser nicht abgeschlossene Prozess findet im Spannungsfeld zwischen der Entwicklung und Ausgestaltung spezifischer Aufgaben der Genesungsbegleitung und der Rückbindung dieser Tätigkeit an die Arbeit des gesamten Teams statt. So lassen sich (vorläufig) folgende Aufgaben der Genesungsbegleitung benennen:

- Übernahme ergänzender Einzelbegleitungen (Assistenzen), mit Schwerpunkt auf „Empowerment“ und „Recovery“,
- Mitwirkung am Aufnahmeverfahren und der Behandlungsplanung (z. B. in den Behandlungsteams),
- Leitung und Moderation der Psychoedukationsgruppe (gemeinsam mit zwei Kollegen),
- Begleitung einer Wohngruppe (jeweils 2 bis 4 Mitarbeitenden der Einrichtung betreuen gemeinsam eine Wohngruppe.),
- Gruppenangebote, ausgehend von den vorhandenen persönlichen Ressourcen, in Musik und Freizeit,
- Unterstützung des Heimbeirats,
- Mitwirkung am Trialogischen Beirat sowie
- die Teilnahme an allen Teams, Interventionen, Supervision usw.

Die ersten Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den Klienten waren aus Sicht des Experten durch Erfahrung ermutigend. Durch Begleitung auf „Augenhöhe“ konnte schnell ein vertrauensvoller Kontakt zu den Rehabilitanden des Elisabeth-von-Thadden-Haus gefunden werden. Hilfestellungen, auf der Basis von Erfahrungswissen, wurden von den Rehabilitanden zunehmend gerne und mit Interesse in Anspruch genommen.

Da es bislang keine Erfahrungen mit der neuen Berufsgruppe gab, galt es ein eigenes Aufgabenprofil für die Genesungsbegleitung zu entwickeln. Schnell stellte sich heraus, dass

Psychiatrieerfahrene als Kollegen

Neben der Bereitschaft der Fachkollegen sich auf den neuen Kollegen und das neue Konzept einzulassen, ist die unbedingte Zustimmung, Unterstützung und Begleitung durch die Einrichtungsleitung Grundvoraussetzung für eine gelingende Integration von Erfahrungswissen in Person eines Genesungsbegleiters. Unter dieser im Vorfeld geklärten Prämisse konnten die ersten Schritte im Kommunikationsprozess „Erfahrung und Fachlichkeit“, mit dem Ziel der gegenseitigen Wertschätzung, unternommen werden. Damit hat für die Organisation ein spannender Lernprozess begonnen. Missverständnisse, Rollenkonflikte und Spannungen bleiben nicht aus und fordern immer wieder den offenen Diskurs zum Abbau von Befürchtungen und Konkretisierung von Erwartungen.

Im Rahmen der Zertifizierung, durch die Zusammenarbeit im trialogischen Beirat und vor allem durch Rückmeldungen von Rehabilitanden und Angehörigen hat der „neue“ Weg im Elisabeth-von-Thadden-Haus viel Zustimmung erfahren. Rehabilitation werde beim Wort genommen und habe mit der konzeptionellen Erweiterung durch die genesungsorientierte Haltung eine hohe Glaubwürdigkeit. Theoretische Begriffe wie „Empowerment“ und „Recovery“ werden nicht nur in den Mund genommen, sondern werden durch Anwesenheit und Wirken des Genesungsbegleiters mit Leben erfüllt. Qualität findet sich nicht nur im Qualitätsmanagementhandbuch der Einrichtung, sondern wird im Rehabilitationsalltag gelebt.

Das Zwischenfazit nach den ersten gemeinsamen Monaten lautet: Erfahrungswissen und Trialog sind zu festen Bestandteilen in der qualitativen Weiterentwicklung der Rehabilitation geworden. Die Zusammenarbeit, die Begegnung von erfahrenen Experten und dem Experten aus Erfahrung hat neue Herausforderungen mit sich gebracht. Der neu eingeschlagene Weg, soviel lässt sich heute schon sagen, ist und wird nicht einfach, aber die ersten Praxiserfahrungen bestärken in der Einschätzung, dass sich das Weitergehen für alle Beteiligten lohnt. ●

Neuroleptika zwischen Nutzen und Schaden

Ein Update zur Neuroleptika-Debatte

Von Volkmar Aderhold

Nach der Darstellung neuerer Studienergebnisse zur Wirksamkeit und zu Nebenwirkungen von Neuroleptika werden Überlegungen zu praktischen Konsequenzen formuliert.

Seit dem Beginn der sogenannten Neuroleptikadebatte vor 6 Jahren (2007) ist die wissenschaftliche Datenlage sowohl zum Nutzen- wie zum Schadensaspekt noch eindeutiger, ja dramatischer geworden.

Hauptwirkung bzw. Nutzen

Kaum noch jemand vertritt einen klinisch wirklich bedeutsamen Wirksamkeitsvorteil für Atypika im Vergleich zu Typika. Die Nebenwirkungen sind unterschiedlich. Clozapin bleibt die wirksamste Substanz. Es wird bereits gefordert, diese Unterscheidung aufzugeben (Kendall 2011), weil es einen grundsätzlichen Unterschied zwischen beiden Substanzgruppen gar nicht gibt.

So schreibt der ehemalige Vizepräsident von Lilly: „Nicht ein einziges, in seinem Wirkmechanismus neues Medikament hat seit 30 Jahren den psychiatrischen Markt erreicht.“ (Fibiger 2012). Die Überbewertung der Atypika entstand vor allem durch verzerrende Studiendesigns, selektives Publizieren der Ergebnisse und unvollständig publizierte Studien (Spielmanns et al 2010, Joy et al 2006, Leucht et al 2009a, Turner et al 2012).

Aber auch die Wirksamkeit der Neuroleptika insgesamt stellt sich aufgrund neuerer Studien und Übersichtsarbeiten als deutlich begrenzter dar. In einer placebokontrollierten Studie – in Kooperation mit der Firma Lilly – an vorbehandelten Patienten über 6 Wochen zeigte nur eine kleine Gruppe von 10% eine schnelle und ausgeprägte Reaktion auf die Einnahme von Neuroleptika. 20% zeigen eine deutliche Symptomreduktion um 50%, 48 % zeigen nur eine geringe, klinisch kaum wahrnehmbare

Symptomreduktion um 20% und 20% der Patienten zeigen keine Veränderung (sog. Non-Responder). Allerdings unterschied sich die Symptomveränderung in der 2. und 3. Gruppe (also bei fast 70% der Patienten) nicht deutlich von der Placebogruppe (Marques et al 2010).

In einer Übersicht von 120 Studien (9500 Patienten) zeigten Neuroleptika bei bereits zuvor behandelten Patienten im Vergleich zu Placebo daher insgesamt nur „weniger als minimale Effekte“ auf die psychotische Symptomatik (Lepping et al 2011). Und in einer Metaanalyse von 38 Studien (7323 Patienten) – die meisten von der Pharmaindustrie durchgeführt – waren die Effekte klinisch nicht bedeutsam (Leucht et al 2009b) bzw. nur bei 17% der Patienten waren größere Effekte als in der Placebogruppe zu beobachten. Die Abbruchrate lag meist über 50%, d.h. eigentlich waren es methodisch unzureichende Studien. Für Patienten mit erster Episode einer Schizophrenie ist die Datenlage erstaunlich begrenzt, so dass die Wirksamkeit der Neuroleptika nicht sicher beurteilt werden kann (Bola et al 2011). Bezieht man daher quasi-experimentelle Studien mit einer geeigneten Vergleichsgruppe jedoch ohne Randomisierung mit ein, sind ca. 40% dieser Menschen ohne Neuroleptika behandelbar, mit einem geringen bis mittleren Behandlungsvorteil innerhalb von 2 Jahren. Ausgewiesen erfolgreich für ein solches Vorgehen ist das Soteria-Modell, die Bedürfnisanangepasste Behandlung und der Recovery-Ansatz. Eine amerikanische Langzeitstudie über 20 Jahre an 139 Patienten konnte zu mehreren Messzeitpunkten zeigen, dass die Gruppe von 30-40% der Patienten mit Schizophrenie, die meist gegen



Volkmar Aderhold

Dr. med., Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin. Institut für Sozialpsychiatrie an der Universität Greifswald.

professionellen Rat über mehrere Jahre keine Neuroleptika eingenommen hatten, deutlich mehr Zeiten ohne positive oder negative Symptome erlebten und öfter zeitweise berufstätig sein konnten als diejenigen unter Neuroleptika (Harrow et al 2012). Ihr Verlauf war sogar besser als von Patienten mit einer bipolaren Störung unter Neuroleptika, was gegen einen bloßen Selektionseffekt von Patienten mit guter Prognose spricht.

Nebenwirkungen bzw. Schaden

Spätdyskinesien finden sich bei ca. 30% der Patienten, meist unter „Typika“, jedoch auch unter „Atypika“ (Llorca et al 2002), weltweit vermutlich bei 33 bis 86 Millionen Menschen, je nach Berechnung. Bei 75% der Betroffenen sind sie irreversibel. Eine Übersichtsarbeit belegt eine annähernde Verdopplung von Übergewicht, Adipositas und BodyMassindex (BMI) durch eine sechsmonatige Behandlung von ersterkrankten Menschen mit Psychosen mit Atypika ohne wesentliche Unterschiede zwischen den Substanzen (Foley et al 2011).

Dass es unter Atypika insbesondere Olanzapin, Clozapin und Quetiapin jedoch auch bei niedrig- bis mittelpotenten Typika zu einer Zunahme von Prädiabetes (37%) und Diabetes (10%) in Abhängigkeit von der Zunahme des Hüftumfangs, metabolischer Syndrome und von Lipidveränderungen kommt, hat sich weiter bestätigt (Manu et al 2012, Stahl et al 2009, Mitchell et al

2013). Die Bestimmung des Hämoglobin A1c ist die dafür am besten geeignete Screening-Untersuchung.

Bei Menschen über 40 Jahren sind Nebenwirkungen besonders ausgeprägt. Die mittelfristigen Folgen einer Behandlung mit Aripiprazol, Olanzapin, Risperidon und Quetiapin bei Patienten über dem 40. Lebensjahr zeigt eine kürzlich publizierte Studie an 332 Patienten mit psychotischen Symptomen bei Schizophrenie, Bipolarer Störung, Posttraumatischer Belastungsstörung (PTSD) und Demenz über 2 Jahre (Jin et al 2012). Ein bis zwei dieser Medikamente konnten durch den Patienten ausgeschlossen werden, danach wurden sie per Zufall den anderen Substanzen zugeordnet. So konnten 83% der Studienpatienten aufgenommen werden, die sonst in anderen Studien ausgeschlossen werden. Die Dosierungen waren relativ niedrig. Die Ergebnisse waren weitgehend störungsunabhängig.

Die Symptomatik der vorbehandelten Patienten wurde durch die Einnahme dieser Medikamente nicht signifikant besser. Der Studienarm mit Quetiapin wurde wegen der hohen Rate von schweren Nebenwirkungen bei 38,5% der Patienten im Vergleich zu 19% unter den anderen „Atypika“ vorzeitig beendet. Die durchschnittliche Dauer bis zur ungewollten Beendigung der Behandlung mit der jeweiligen Substanz betrug 26 Wochen, lag unter Quetiapin mit 78,6 % und unter Aripiprazol mit 81,5 % am höchsten, war für alle Substanzen jedoch insgesamt nicht signifikant unterschiedlich. Diese Behandlungsabbrüche waren unabhängig von der Diagnose und erfolgten in 51,6 % aufgrund von Nebenwirkungen. Bei 24% der Patienten traten schwere, bei 51% andere Nebenwirkungen auf. Zwischen den Neuroleptika bestanden keine signifikanten Unterschiede im Auftreten von metabolischen Nebenwirkungen. In 36,5 % der Fälle, die zu Beginn kein metabolisches Syndrom (= 50%)¹ hatten, entwickelte sich ein solches.

Fazit der Autoren

Vorsicht ist geboten bei einer längerfristigen Behandlung mit diesen Substanzen ab dem 40. Lebensjahr. Diese Substanzen sollten in niedrigen Dosierungen und nur für kurze Zeit unter enger Kontrolle der Nebenwirkungen gegeben

werden. Eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Patienten und seinen Angehörigen wird empfohlen, die eine Diskussion der Vor- und Nachteile dieser Substanzen und der verfügbaren Alternativen einschließt.

2011 erschien eine seit längerem erwartete Langzeitverlaufsstudie (Ho et al 2011) die 211 ersterkrankte Patienten mit einer Schizophrenie über durchschnittlich 7 Jahre mit zwei und mehr Magnetresonanztomografien untersuchte. Auch nach Kontrolle der drei Untersuchungsvariablen ‚Krankheitsdauer‘, ‚Krankheitschwere‘ und ‚Substanzmissbrauch‘ bedingte die antipsychotische Medikation eine Volumenminderung der frontalen, sowie der temporalen, parietalen und gesamten grauen Substanz, welche mit der kumulativen Gesamtdosis an Neuroleptika zunahm. Ebenso verringerte sich die weiße Substanz bei mittleren und noch stärker bei hohen Dosierungen. Am stärksten war der Schwund grauer Substanz zu Beginn der Behandlung, der Abbau weißer Substanz nahm im Laufe der Zeit weiter zu. Dieser Hirnabbau geht mit neuropsychologischen Defiziten einher. Zwischen Typika und Atypika bestand in dieser Studie kein wesentlicher Unterschied. Auch eine kürzlich publizierte Metaanalyse bestätigt eine unter neuroleptischer Behandlung früh eintretende Volumenminderung für das sog. vordere Cingulum des limbischen Systems, das bedeutsam ist für die Integration emotionaler und kognitiver Prozesse. Studien an Affen belegen gleiche Effekte. Namhafte Forscher sehen diese Nebenwirkung als eine Ursache für den „Mythos der Schizophrenie als progressive Hirnerkrankung“ (Zipursky et al 2013).

Auch die Zunahme der kognitiven Einschränkungen durch Neuroleptika infolge einer mehr als erforderlichen Dopaminrezeptor-2 Blockade und ihrer Nebenwirkungen durch die unerwünschte Blockade des Acetylcholinrezeptors wurde durch mehrere neue Studien weiter belegt (Faber et al 2012, Sakurai et al 2012, Vinogradov et al 2009).

Dass die dramatisch verkürzte Lebenserwartung von Menschen mit Psychosen um 15 – 25 Jahre neben bedeutsamen anderen Faktoren wie Rauchen, Bewegungsmangel, schlechte Ernährung und unzureichende medizinische Behandlung vermutlich auch mitbedingt ist durch

die neuroleptische Behandlung zeigt eine systematische Übersicht (Weinmann et al 2009). Die Publikation einer großen finnischen Registerstudie mit angeblichen Belegen für eine erhöhte Mortalität in der Gruppe unbehandelter Patienten hatte die Diskussion irritiert (Tiihonen et al 2009). Leider wurde eine mit Verzögerung publizierte umfassende Methodenkritik der Studie nicht in der gleichen Weise bekannt. Die zwei vielleicht wichtigsten Kritikpunkte an dieser Studie sind, dass 64% der Todesfälle bei den Mortalitätsraten für die gegenwärtige Einnahme von Neuroleptika gar nicht berücksichtigt wurden und dass die Gruppe der Patienten ohne Neuroleptika im Untersuchungszeitraum, die laut der Studie eine höhere Frühsterblichkeit hatte, im Durchschnitt deutlich älter war als die Patienten der Gesamtstudie. Aber gerade die Tabelle mit der Altersangabe zu dieser Gruppe fehlte und der Effekt der Erkrankungsdauer wurde nur unzureichend kontrolliert (de Hert et al 2010).

Fast wie eine Korrektur liest sich ein späteres Editorial in Lancet (2011), die Zeitschrift in der diese Studie erschienen war: „Die Kombination antipsychotischer Nebenwirkungen mit schlechter Ernährung, Bewegungsmangel, einem hohen Prozentsatz an Rauchern und anderen Faktoren in Verbindung mit einer psychotischen Erkrankung in Verbindung mit sozioökonomischer Benachteiligung hat einen verheerenden Effekt auf die kardio-metabolische Gesundheit. Deshalb verwundert es nicht, dass Menschen mit schweren psychischen Störungen um 16 – 25 Jahre kürzer als die Allgemeinbevölkerung leben, und dass koronare Herzerkrankungen und nicht Suizid die Haupttodesursache ist.“ „In einem anderen Szenario würde der verantwortliche Arzt nach einer Alternative suchen. Für Professionelle im psychiatrischen Versorgungssystem jedoch ist antipsychotische Medikation – wie bereits seit einem halben Jahrhundert – die Hauptsäule der Behandlung psychotischer Störungen.“ Selbstverständlich gibt es noch erhebliche weitere Nebenwirkungen wie sexuelle Funktionsstörungen, Menstruationsstörungen, Osteoporose, Frühdunkensien, Akathisie (Sitz- und Standunruhe) und Malignes neuroleptisches Syndrom Letzteres äußert sich u.a. durch extreme Muskelsteifigkeit, gelegentlichem Tremor, starkes Schwitzen, Bluthochdruck,

Verwirrtheit und /oder Bewusstseinsstörungen. Aber auch stigmaverstärkende Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit und Mundgeruch, Hirsutismus und Bartwuchs, Akne, Tics und Inkontinenz werden oft unzureichend ernst genommen (Seeman 2011).

Schlussfolgerungen

Weil viele Nebenwirkungen dosisabhängig sind und seit vielen Jahren erwiesen ist, dass die erforderliche Blockade des D2-Rezeptors bereits mit erstaunlich niedrigen Dosierungen möglich ist und dies eine Schwelle markiert, jenseits der motorische Nebenwirkungen überhaupt erst auftreten (Kapur et al 2000), erstaunt es um so mehr, wie wenig im klinischen Alltag das Einhalten dieser je individuellen Schwellendosis praktiziert wird. Meist wird „Overshooting“ betrieben. Mit initial hohen Dosierungen zu beginnen, ist aus neurobiologischer Sicht falsch und nicht leitliniengerecht. Um die individuell minimale Dosis zu finden, ist eine Einstiegsdosis in Höhe der niedrigst möglichen Wirkdosis erforderlich und eine behutsame Steigerung im mehrwöchigen Abstand und nur bei unzureichenden klinischen Effekten.

Weil es bis heute keine randomisierten Dosisfindungsstudien zu Dosierungen unter 3 mg Haloperidol-Äquivalenten gibt, jedoch nur randomisierte Studien in Leitlinien aufgenommen werden, sind die darin angegebenen unteren Dosisgrenzen meist zu hoch. Da bei Therapieresistenz keine Unterschiede in der therapeutischen Blockade der D-2 Rezeptoren gefunden wurden, spricht dies dagegen, in solchen Fällen die Dosis zu erhöhen oder Polypharmazie zu betreiben. Dopaminrezeptoren verändern sich unter der Einwirkung von Neuroleptika kontraproduktiv durch dosisabhängige Vermehrung und Sensibilisierung (Samaha et al 2008). Daher steigt die erforderliche Dosis im Behandlungsverlauf oft kontinuierlich an (Ho et al 2011) und der Anteil der Patienten mit Restsymptomen trotz neuroleptischer Behandlung („partielle Responder“) nimmt zu. Auch dies kann durch Niedrigdosierungen und vermutlich auch durch verzögerte Einnahme nur an jedem 2. oder 3. Tag ohne Wirkverlust vermieden werden. Letzteres wurde bisher in 2 Pilotstudien untersucht (Remington et al 2005, 2010, 2011).

Die Kombination mehrerer Neuroleptika ist bis auf wenige Ausnahmen unwirksam, nicht evidenzbasiert und führt oft zu einer weiteren Vermehrung von Nebenwirkungen. Ein plötzliches Absetzen von Antipsychotika ist jedoch kontraindiziert, auch aufgrund des bis zu dreifach erhöhten Rückfallrisikos (Gilbert et al 1995, Viguera et al 1997, Baldessarini et al 1995).

Letztes findet sich in einer Metaanalyse von Leucht et al 2012 nicht. In diesen Studien jedoch betrug die durchschnittliche Dauer des Absetzens – meist eines Depotneuroleptikums – vier Wochen. Nur eine langsame Dosisreduktion unter sorgfältiger Beobachtung der psychischen Veränderungen erscheint sinnvoll, nach klinischer Erfahrung z.B. 10% der Dosis im Abstand von 4-6 Wochen. Die aktuelle weitgehende Unberührtheit des klinischen Alltags von diesen Erkenntnissen ist möglicherweise auch mangelnder Informiertheit geschuldet. Vermutlich sind jedoch die ökonomischen Restriktionen angesichts von kurzen Liegezeitvorgaben noch bedeutsamer und die Schädigungen entgehen der Wahrnehmung der stationär Arbeitenden, weil sie verzögert eintreten oder klinisch nicht sicher abgrenzbar sind.

Ambulante Psychiater sehen ihre Patienten meist nur kurz und relativ selten und haben es nicht einfach, z.B. eine durch die Kliniken vorgegebene Kombinationsbehandlung wieder rückgängig zu machen. Zusätzlich ist meist keine geeignete längerfristige ambulante Psychotherapie verfügbar. Das jedoch erst wäre evidenzbasierte Behandlung. Familienangehörige und im komplementären Bereich Arbeitende nehmen jedoch oft die Problematik viel deutlicher wahr.

Um Neuroleptika so gering wie möglich dosieren zu können und damit medikamentöse Schädigungen so weit wie möglich zu vermeiden – wozu wir Ärzte berufsethisch verpflichtet sind – müssen die Behandlungskontexte angemessen und kompetent ausgestattet sein. Wegen der Schwere der Schädigungen ist dies unverzichtbar. Dieses Wissen scheint aber in der psychiatrischen Versorgung und bei den Krankenkassen bisher keinesfalls angekommen zu sein. Mich erstaunt anhaltend, dass eher der Überbringer der Botschaft bekämpft wird,

als die Argumente dafür zu nutzen, eine Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten durchzusetzen. Die UN-Behindertenkonvention könnte dabei auch unterstützend genutzt werden. Renommiertere internationale Wissenschaftler mahnen einen Paradigmenwechsel an (Morrison 2012, Tyrer 2012). Nicht jeder Patient des Schizophrenie-Spektrums benötigt ein Antipsychotikum und der Patient selbst solle eine informierte Wahl treffen können.

Fast jedes große Pharmaunternehmen hat entweder die Erforschung neuer Substanzen zur Behandlung von Psychosen und anderen psychischen Störungen sehr reduziert oder ganz aufgegeben. Verbesserte psychosoziale und psychotherapeutische Behandlungsbedingungen und -formen und Professionelle mit möglichst viel Kompetenz darin scheinen die Mittel der aktuellen Wahl zu sein. Hierbei sind eigentlich alle im Feld Arbeitenden angefragt. Ein Umbruch, der den Alltag durchaus interessanter werden lassen könnte.

Aktuell werden die S3-Leitlinien der DGPPN zur Schizophrenie überarbeitet. Ob sie diesem geforderten bzw. fälligen Paradigmenwechsel gerecht werden, bleibt anzuhängen. Es wird interessant sein, ob sie – wie die britischen NICE-Leitlinien – sowohl Einzeltherapie wie Familieninterventionen als obligates Behandlungsangebot aufnehmen, welche Empfehlungen zu Dosierungen und Medikationsdauer gegeben werden, ob begleitete Absetzversuche und Akutbehandlung ohne Neuroleptika unter geeigneten Bedingungen aufgenommen werden, wann und wie informierte Zustimmung des Patienten erforderlich ist, ob Traumatisierung in der Biographie auch in der Behandlung Berücksichtigung findet, welche präventiven psychosozialen Interventionen zur Vermeidung von Zwang für erforderlich gehalten werden. Die Überarbeitung der S3 Leitlinien ist jedenfalls seit 2009 überfällig und scheint nicht einfach zu sein. ●

Anmerkung

1 Dieses Syndrom zeichnet sich durch abdominelle Fettleibigkeit, Bluthochdruck, veränderte Blutfettwerte und Insulinresistenz aus; Risikofaktoren für koronare Herzerkrankungen.

Ein Literaturverzeichnis finden Sie unter [www.kerbe.info/aktuelle Ausgabe](http://www.kerbe.info/aktuelle-Ausgabe).

Ich kann ja nicht immer als Mantra sagen: Ich bin schizophran. Ich bin schizophran.

Risiken der Psychoedukation und die Bedeutung von Krankheitseinsicht für die biographische Krankheitsverarbeitung

Von Friederike Schmidt und Katrin Körtner

In der Behandlung schizophrener Psychosen liegt der Fokus auf der medikamentösen Therapie. Zusätzliche krankheits-spezifische Therapieangebote beschränken sich meist auf psychoedukative Interventionen, die Krankheitseinsicht und Medikamenten-Compliance fördern sollen. Auch wenn diese Interventionen die Betroffenen bei der Krankheitsbewältigung unterstützen können (etwa durch Wissensvermittlung und Austausch mit anderen Betroffenen), sind sie mit verschiedenen Risiken für die Krankheitsbewältigung verbunden, die eine umfassende Reflexion und Neuorientierung der vorherrschenden psychoedukativen Praxis notwendig machen.

Fehlende Krankheitseinsicht gilt als eines der häufigsten Symptome der Schizophrenie und als ein großes Hindernis für eine effektive Behandlung. Als fehlende Krankheitseinsicht wird bezeichnet, wenn der Patient seine vom Arzt als krankhaft beurteilten Erlebens- und Verhaltensweisen nicht als krankhaft anerkennt (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie [AMDP], 2007). In der praktischen Anwendung wird die Krankheitseinsicht einer Person häufig daran festgemacht, ob sie das ärztliche (meist biomedizinische) Krankheitskonzept übernimmt und sich compliant (d.h. kooperativ) mit der medizinischen Behandlung zeigt.

Krankheitseinsicht und Psychoedukation

Die Förderung der Krankheitseinsicht der Betroffenen ist ein zentrales Anliegen psychoedukativer Interventio-

nen, welche in der (teil-) stationären Behandlung schizophrener Erkrankungen als ein wichtiges therapeutisches Element betrachtet werden. Von dem breiten Spektrum psychoedukativer Interventionen werden vornehmlich kurze, informationszentrierte Programme umgesetzt. Deren zentrale Strategien bestehen darin, neben der Verbesserung von Krankheitseinsicht und krankheitsbezogenem Wissen ein Krankheitsmodell zu vermitteln, das die Akzeptanz der verordneten Medikation fördert. Entsprechend dem derzeit vorherrschenden Fokus auf biochemische Aspekte der Entstehung und Behandlung der Schizophrenie wird das den meisten Psychoedukationsmanualen zugrunde liegende Vulnerabilitäts-Stress-Modell als ein primär biomedizinisches Krankheitsmodell aufgefasst, d.h. dass der genetischen Prädisposition für die Krankheit sowie der „Stoffwechselstörung im Gehirn“ große Bedeutung beigemessen werden. Psychosoziale



Friederike Schmidt
Dr. phil., Dipl.-Psych.
Psych. Psychotherapeu-
tin, DGVT Berlin
und Klinik für Psychi-
atrie und Psychothe-
rapie an der Charité
berlin. E-Mail:
friederike.schmidt@
charite.de



Katrin Körtner
Dr. med., Fachärztin
für Psychiatrie
und Psychotherapie,
Oberärztin in der
Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
des jüdischen Kran-
kenhauses Berlin.

Aspekte werden daneben unter einem oberflächlich-abstrakten Stressbegriff subsummiert, und mit dem Auftrag verbunden, dass zur Rückfallprophylaxe „Stress“ unbedingt zu vermeiden sei.

Für die Wirksamkeit derartiger psychoedukativer Interventionen findet sich in der aktuellen Literatur allerdings keine eindeutige empirische Evidenz (z.B. Lincoln, Wilhelm & Nestoriuc, 2007). Stattdessen zeigen Studien zur Lebensqualität von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen, dass gerade die Aspekte, die als funktional für die Verbesserung der Medikamenten-Compliance angesehen werden, wie die Krankheitseinsicht, potentiell zu einer negativen Sicht der eigenen Person, Hoffnungslosigkeit und Suizidalität beitragen

(Crumlish, et al., 2005; Schwartz & Smith, 2004).

Basierend auf diesen Überlegungen führten wir eine Studie zu der Frage durch, welche Bedeutung das in der Psychoedukation vermittelte Krankheitskonzept für die Krankheitsbewältigung und biographische Krankheitsverarbeitung der Betroffenen hat. Biographische Krankheitsverarbeitung bezeichnet die Auseinandersetzung mit den Krankheitserfahrungen hinsichtlich ihrer Konsequenzen für das eigene Selbstkonzept und die weitere Lebens- und Beziehungsgestaltung (vgl. Corbin & Strauss, 2004; Estroff et al., 1994). In dieser Studie wurde die üblicherweise angewendete quantitative Methodik einer prospektiven, quasi experimentellen Untersuchung zur Evaluation eines psychoedukativen Interventionsprogramms im (teil-)stationären Setting mit einem qualitativen Verfahren, angelehnt an die Grounded Theory Methodologie (Strauss & Corbin, 1996), kombiniert, welches Interviews mit Betroffenen beinhaltete. Die Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt (für eine ausführliche Darstellung s. Schmidt, 2012).

Krankheitsverarbeitung und Krankheitsverständnis

In den Interviews zeigen viele Betroffene ein flexibles Erklärungssystem für ihre Erkrankung, mit dem sie den unterschiedlichen, teilweise widersprüchlichen Bedürfnissen und Herausforderungen der biographischen Krankheitsverarbeitung besser gerecht werden können. Beispielsweise ist es vielen Betroffenen ein großes Anliegen, ihre Psychoseerfahrungen nachvollziehbar mitzuteilen. Hierfür eine Sprache zu finden, welche Verständnis und Anteilnahme vom Gegenüber ermöglicht, ohne dabei zu stigmatisieren, erweist sich dabei oft als so schwierig, dass Betroffene es vorziehen, nicht über ihre Erfahrungen zu sprechen, etwa um eine aus der antizipierten fehlenden Nachvollziehbarkeit resultierende Bewertung zu verhindern. Derartige konfligierende Bedürfnisse und Anforderungen der biographischen Krankheitsverarbeitung

werden von den Betroffenen über wechselnde Erklärungsansätze und die darin enthaltenen unterschiedlichen Positionierungen von Selbst und Erkrankung ausgehandelt. Somit steht die biographische Krankheitsverarbeitung in einem konfliktreichen Spannungsverhältnis zwischen dem Bedürfnis nach Integration der Krankheitserfahrungen in das Selbstbild und dem Wunsch nach Aufrechterhaltung krankheitsunabhängiger Identität(sansprüche) bzw. Abgrenzung vom Stigma der Erkrankung. An den Extremen dieses Spannungsverhältnisses scheinen beide Seiten nicht mehr miteinander vereinbar, sondern nur noch zwei Alternativen möglich: die totale Abgrenzung von der Erkrankung und von der damit verbundenen Krankenrolle („die Erkrankung gehört nicht zu mir“) oder die vollständige Gleichsetzung von Person und Erkrankung, in der die Krankenrolle als notwendige, unausweichliche Konsequenz akzeptiert wird („ich bin nur Erkrankung“).

Durch einen starken Fokus auf die Medikamentencompliance und das als Rational dafür stehende biomedizinische Krankheitskonzept beinhalten die psychoedukativen Erklärungsangebote im Gegensatz zu den individuellen, flexiblen Erklärungssystemen der Betroffenen eine Entkoppelung der Erkrankung von den persönlichen Lebens- und Entwicklungszusammenhängen und dem subjektiven Erleben, während sie die Erkrankung gleichzeitig in der körperlichen Grundkonstitution der Person lokalisieren. Durch den Fokus auf potentielle Rückfälle, eine langfristige Medikamenteneinnahme und die Vermeidung von

Stress wird die Bedeutung der Erkrankung für das Leben der Person betont und damit eine ängstlich-pessimistische Zukunftsperspektive gefördert, während gleichzeitig versäumt wird, Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten zu vermitteln. In dem bestehenden Spannungsverhältnis der Betroffenen setzen psychoedukative Interventionen somit an dem einen Extrem an,

der Gleichsetzung von Person und Erkrankung. Diese Beschränkung auf die Identität als psychiatrischer Patient im Selbstkonzept kann aber nicht nur zu einem resignativen Bewältigungsstil führen, sondern auch als eine Bedrohung für die eigene Identität wahrgenommen werden, was wiederum Tendenzen der Abgrenzung von der Erkrankung verstärken kann. Auf diese Weise sind psychoedukative Interventionen mit dem Risiko verbunden, die konfliktreiche Verarbeitung der Krankheit(erfahrungen) und deren Integration in das Selbstbild zu erschweren sowie Selbststigmatisierungsprozesse zu begünstigen.

Implikationen für die psychoedukative Praxis

Die Befunde der Studie stellen in Frage, inwieweit psychoedukative Interventionen in ihrer bisherigen Form tatsächlich eine sinnvolle Krankheitsbewältigung sowie die Annahme weiterer therapeutischer Maßnahmen unterstützen. Dies bedeutet, dass auch das Ziel, Krankheitseinsicht um jeden Preis zu fördern, hinterfragt werden muss. Denn der Fokus der Psychoedukation auf Erkrankung und Krankenrolle scheint gerade auf der Annahme zu beruhen, dass Betroffene ihre Krankheit grundsätzlich eher negieren und daher ein Bewusstsein für die Bedeutung der Erkrankung für ihr Leben gefördert werden müsse. Bei vielen Betroffenen besteht aber durchaus ein starkes Bewusstsein für die Krankheit und deren biographische und soziale Konsequenzen, unabhängig davon, wie sie ihre Erkrankung benennen und sich erklären oder ob sie ihre Medikamente einnehmen. Das macht auch deutlich, dass Krankheitseinsicht im Sinne der Übernahme eines biomedizinischen Krankheitskonzeptes und Medikamentencompliance keine validen Indikatoren für den „Stand der Krankheitsverarbeitung“ sind, als welche sie dennoch häufig verwendet werden.

Während das mit der Abwehr der Erkrankung assoziierte Risiko für die Krankheitsbewältigung außer Frage zu stehen scheint, wird das andere

Krankheitseinsicht und Medikamentencompliance sind keine validen Indikatoren für den „Stand der Krankheitsverarbeitung“.

Vielen Betroffenen ist es ein großes Anliegen, ihre Psychoseerfahrungen nachvollziehbar mitzuteilen. Hierfür eine geeignete Sprache zu finden, erweist sich oft als schwierig.

Extrem, nämlich die Überidentifikation mit der Erkrankung, eher als unproblematisch betrachtet. Die damit verbundene Gefahr, sich resignativ in die Krankenrolle zu fügen und einer biographischen Krankheitsbewältigung auszuweichen, wird dabei nicht ausreichend berücksichtigt. Auch die Annahme, die Vermittlung eines biomedizinischen Krankheitsmodells sei grundsätzlich „funktional“ für die Betroffenen, kann nicht gehalten werden. Vielmehr kann gerade auch die Abgrenzung von diesem Konzept „funktional“ für die biographische Krankheitsverarbeitung sein (vgl. a. Cooke et al., 2007; Sass, 2007).

In der therapeutischen Praxis gilt es somit, den engen Blick auf Krankheitsidentität und biomedizinisches Krankheitskonzept, wie er in vielen psychoedukativen Interventionen vorherrscht, zu weiten auf krankheitsunabhängige Identitätsansprüche der Betroffenen sowie auf das verständnisgenerierende und identitätsschützende Potential der individuellen Erklärungsansätze. Dies trifft auch für die Betroffenen zu, die im klassischen Sinn als krankheitsuneinsichtig gelten, weil sie möglicherweise mit einer langfristigen Medikamenteneinnahme hadern oder sich gegen die psychiatrische Diagnose wehren, die aber gleichzeitig so sehr auf die Erkrankung und deren einschränkende Bedeutung für ihr Leben eingeengt sind, dass sie sich wenig zutrauen und viel Verantwortung abgeben. Hier kann gerade die Stärkung krankheitsunabhängiger Aspekte der Person die Akzeptanz der Erkrankung als einen (und nur einen) Teil der Person erleichtern.

Insgesamt sollte der Fokus darauf liegen, ein positives Selbstkonzept mit Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten sowie eine hoffnungsvolle Zukunftsperspektive zu fördern. Die Vermittlung aktiver Strategien zur Bewältigung individueller Herausforderungen kann hilfreich sein, der Gefahr zunehmender Resignation und des Rückzugs in die Krankenrolle entgegenzuwirken. Im Hinblick auf die Verarbeitung der Krankheitserfahrungen scheint es notwendig, mit den Betroffenen eine Sprache zu entwickeln, die Austausch

Die Entwicklung von Krankheitsverständnis sollte an den individuellen Erklärungsansätzen der Betroffenen ansetzen.

und Anteilnahme hinsichtlich der Krankheitserfahrungen ermöglicht, ohne zu stigmatisieren. Die Entwicklung von Krankheitsverständnis sollte an den individuellen Erklärungsansätzen der Betroffenen ansetzen und deren „Funktionalität“ für die biographische Krankheitsverarbeitung berücksichtigt werden. Letztendlich muss es darum gehen, eine gemeinsame Krankheitseinsicht zu entwickeln, und somit auch von Seiten der Behandelnden Einsicht zu gewinnen in die mögliche individuelle Bedeutung der Erkrankung oder ihrer Symptome. ●

Studie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
Schwartz, R. & Smith, S.D. (2004). Suicidality and psychosis: the predictive potential of symptomatology and insight into illness. *Journal of Psychiatric Research*, 38: 185-191.
Strauss, A. L. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz PVU.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie** (2007). *Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde* (8., überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Cooke, M., Peters, E., Fannon, D., Anilkumar, A. P. P., Aasen, I., Kuipers, E. & Kumari, V.** (2007). Insight, distress and coping styles in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 94: 12-22.
- Corbin, J. M. & Strauss, A. L.** (2004). *Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit* (2. überarb. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Crumlish, N., Whitty, P., Kamali, M., Clarke, M., Browne, S., McTigue, O., Lane, A., Kinsella, A., Larkin, C. & O'Callaghan, E.** (2005). Early insight predicts depression and attempted suicide after 4 years in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112: 449-455.
- Estroff, S.E., Lachiotte, W.S., Illingworth, L.C. & Johnston, A.** (1997). „Jeder ist ein bisschen psychisch krank“ Die Krankheits- und Selbstdarstellungen von Menschen mit schweren, langwierigen psychischen Krankheiten. In M.C. Angermeyer & M. Zaumseil (Hrsg.), *Verrückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischer Krankheits* (S. 102-165). Bonn: Ed. das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag.
- Lincoln, T.M., Wilhelm, K. & Nestoriuc, Y.** (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 96: 232-245.
- Sass, L. A.** (2007). Schizophrenic person or person with schizophrenia? An essay on illness and the self. *Theory & Psychology*, 17: 395-420.
- Schmidt, F.** (2012). Nutzen und Risiken psychoedukativer Interventionen für die Krankheitsbewältigung bei schizophrenen Erkrankungen. Eine mehrperspektivische

Psychiatrische Zwangsbehandlung

Im Spannungsfeld von höchstrichterlicher Rechtsprechung, UN-Behindertenrechtskonvention und Behandlungsleitlinien

Von Tilman Steinert, Raoul Borbé

Die Zwangsbehandlung von Patientinnen und Patienten mit psychischer Störung im Rahmen der Unterbringungsgesetze der Länder und des Betreuungsrechts wurde in den letzten eineinhalb Jahren durch höchstrichterliche Entscheidungen erheblich eingeschränkt. Dabei wurde seitens der Gerichte die Zwangsbehandlung unter bestimmten Voraussetzungen grundsätzlich für möglich erachtet, jedoch wurde ein erheblicher Klarstellungsbedarf, z.B. hinsichtlich der Eingangsvoraussetzungen, gesehen. Diese Klärung sollte seitens des Gesetzgebers schnell herbeigeführt werden, da diese Entscheidungen zu Unsicherheiten unter Ärzten, Richtern, Betroffenen und Angehörigen geführt haben. Die reine Verwahrung ohne spezifische Therapie, wie sie derzeit notgedrungen wieder häufiger vorkommt, ist für alle Beteiligten der denkbar schlechteste Weg. Ein positiver Nebeneffekt der derzeitigen schwierigen rechtlichen Situation ist allerdings, dass eine starke Sensibilisierung für die Problematik der Selbstbestimmungsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen stattgefunden hat. Deeskalationsmaßnahmen und partizipative Entscheidungsfindung sind von der Kür zur Pflicht geworden.

Die aktuelle Rechtslage

Zwei Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts 2011 und ein Beschluss des Bundesgerichtshofs von 2012 haben das Thema Zwangsbehandlung an die oberste Stelle der ethischen, rechtlichen und praktischen Herausforderungen in der Psychiatrie gesetzt. Die Auswirkungen betreffen nicht nur die Psychiatrie, sondern auch wichtige Aspekte der Behandlung unter schwierigen Bedingungen in anderen medizinischen Fächern.

Über diese Gerichtsentscheidungen und ihre Folgen wurde inzwischen so viel geschrieben, dass Details zu den Fällen hier nicht wiederholt zu werden brauchen (BVerfG 2011a, BVerfG 2011b).

Es handelte sich um zwei relativ speziell gelagerte Fälle aus der forensischen Psychiatrie, in denen als einsichtsfähig anzusehende Patienten aus bestimmten Gründen zwangsweise behandelt werden sollten. Wie aus den Entscheidungen deutlich zu entnehmen ist, sah das Bundesverfassungsgericht keineswegs Zwangsbehandlungen als grundsätzlich unzulässig an, sondern es rügte die mangelnde Klarheit der Gesetzestexte, vorwiegend im Hinblick auf den Gesichtspunkt der Einsichts- bzw. Einwilligungsfähigkeit, aber auch Regularien zur Sicherung der Angemessenheit und Verhältnismäßigkeit des Eingriffs in die Grundrechte.

Maßgeblich für die weitreichenden Auswirkungen ist, dass die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts bezüglich der Unrechtmäßigkeit der entsprechenden Paragraphen in den Ländergesetzen automatisch Folgerungen keineswegs nur für die anlassgebenden Spezialfälle nach sich zogen, sondern für die gesamte Unterbringungspraxis, also auch außerhalb der forensischen Psychiatrie. So war ab sofort (eine Übergangsfrist wurde nicht eingeräumt) eine Zwangsbehandlung wegen „reiner Fremdgefährdung“ in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz nicht mehr möglich, auch wenn die Begründung des Verfassungsgerichts, dass dieses Ziel auch mit anderen Mitteln, nämlich der Fortdauer der Unterbringung (in der forensischen Psychiatrie) erreicht werden könne, sich für ein psychiatrisches Allgemeinkrankenhaus nicht als praktikabel erweist.

Mehr noch, es war sogleich klar, dass die im Tenor dieser Entscheidungen dargelegte Rechtsauffassung zwangsläufig auch Ausstrahlung auf die Unterbringungsgesetze anderer Bundesländer und nicht zuletzt auch die Behandlung nach dem Betreuungsgesetz haben würde. Insofern war es wenig verwunderlich und von vielen bereits erwartet worden, dass der Bundesgerichtshof am 20.06.2012



Tilman Steinert
Prof. Dr. Chefarzt, Versorgungsfor-
schung, Zentrum für
Psychiatrie Südwürt-
temberg Ravens-
burg-Weissenau.
E-Mail: tilman.stei-
nert@zfp-zentrum.de



Raoul Borbé
Dr., Allgemeine
Psychiatrie Ravens-
burg; Zentrum für
Psychiatrie Süd-
württemberg
E-Mail: raoul.
borbe@zfp-zent-
rum.de

(BGH 2012) entschied, die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts seien im Wesentlichen auch auf die Zwangsbehandlung im Rahmen einer betreuungsrechtlichen Unterbringung zu übertragen.

Der Kern der Ausführungen des Bundesgerichtshofs ist, dass die vorliegenden gesetzlichen Regelungen nicht ausdrücklich erlauben, den „entgegenstehenden natürlichen Willen“ mittels Zwang zu überwinden. Dies bedeutet, dass der Bundesgerichtshof zwar durchaus anerkennt, dass eine Behandlung bei einwilligungsunfähigen Menschen in manchen Fällen notwendig sein kann. Die vorliegenden Gesetzesformulierungen im Betreuungsrecht sehen aber nur freiheitsentziehende Maßnahmen vor und führen nirgends explizit aus, dass in deren Rahmen auch Behandlungsmaßnahmen gegen den Willen des Betroffenen durchgeführt werden können – auch wenn es sich nur um einen sogenannten „natürlichen“, also nicht „freien“ und möglicherweise unsinnigen oder sogar nur reflexhaften Willen handelt, wie z. B. Abwehrbewegungen gegenüber einer Spritze in einem deliranten Zustand. Da solche Eingriffe in die grundgesetzlich garantierten Grundrechte im Gesetzestext nicht ausdrück-

lich erwähnt seien, könnten sie auch nicht als zulässig erachtet werden.

Nach gegenwärtiger Rechtslage beschränkt sich damit die Rechtsgrundlage für Zwangsbehandlungen auf unmittelbare Notfallsituationen, die gemäß §§ 34/35 des Strafgesetzbuchs als rechtfertigender Notstand gelten können. Ansonsten können bei nach den Unterbringungsgesetzen/PsychKGs unterbrachten Patienten eventuell noch in eingeschränktem Maße Bestimmungen zur Anwendung kommen, die „Sicherheit und Ordnung in der Einrichtung“ ermöglichen sollen. Zusammenfassend kann man festhalten, dass die Entscheidungen der höchsten Gerichte zwar in völliger Übereinstimmung mit medizinischen Grundsätzen stehen (DGPPN 2012), aber wegen fehlender Übergangsfristen bis zu einer gesetzlichen Neuregelung doch bei einigen Patienten zu erheblichen Problemen in der Praxis geführt haben.

UN-Behindertenrechtskonvention

Die UN-BRK wurde 2006 von der UN-Generalversammlung verabschiedet und trat 2008, in Deutschland am 26. März 2009 in Kraft. Mittlerweile wurde sie durch alle Staaten der EU ratifiziert.

Die UN-BRK bezieht sich umfassend auf die Rechte von Menschen mit Behinderungen (jeder Art) und macht eindeutige Festlegungen im Hinblick auf die Zielsetzungen der Inklusion und Teilhabe – anstelle von Separation und Spezialbehandlung, die gerade in Deutschland eine große Tradition haben (Sonderschulen, Sondereinrichtungen für Behinderte, Werkstätten für Behinderte usw.). Die UN-BRK hat zwar keinen unmittelbaren Gesetzescharakter, ist aber doch von der Intention her und mit der nationalen Ratifizierung anerkannt nationalen Gesetzeswerken übergeordnet, d. h. diese müssen ggf. auf ihre Konformität mit der UN-BRK geprüft werden. Was die Psychiatrie anbetrifft, gibt die UN-BRK damit u.a. einen Rahmen für die Entwicklung der Gemeindepsychiatrie vor (Borbé 2011). Im Zusammenhang mit Zwangsbehandlung sind mehrere Artikel von Bedeutung, u.a. der Artikel 12 (gleiche Anerkennung vor dem Recht), Artikel 14 (Freiheit und Sicherheit der Person), Artikel 17 (Schutz und Unversehrtheit der Person), freilich auch Artikel 25 (Gesundheit).

Auch wenn an keiner Stelle der UN-BRK der Begriff „psychische Erkrankung“ auftaucht, ist es unbestritten, dass diese auch auf Menschen anzuwenden ist, die auf Grund einer psychischen Störung behindert sind im Sinne der UN-BRK. Darüber muss natürlich auch bei allen anderen Menschen mit psychischer Erkrankung entsprechend der UN-BRK gehandelt werden, da die Grundlage der UN-BRK die allgemein gültigen Menschenrechte sind. Gerade wegen dieser fehlenden Reichweitenbeschränkung wirft die UN-BRK in Bezug auf die Behandlung v.a. akuter psychischer Störungen Fragen auf, mit denen sich die Rechtsprechung künftig wohl noch des öfteren beschäftigen muss. Das auch vom Bundesverfassungsgericht verwendete Konstrukt der Einsichtsunfähigkeit steht gewissermaßen quer zu der Denkweise der UN-BRK, insbesondere der dort formulierten Vorstellung, dass „Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit genießen“ (§12 Abs.2).

Eine dauerhafte Einsichtsunfähigkeit eines Behinderten dürfte vor diesem Hintergrund als Begründungsfigur für Freiheitseingriffe wie eine Zwangsbehandlung schwer aufrecht zu erhalten sein. Im Bereich der Psychiatrie betrifft dies vor allem chronisch psychisch Kranke, bei denen die Ablehnung einer Behandlung sekundär gewissermaßen zum Teil ihrer Persönlichkeit geworden ist und sich nicht mehr als bloßes Krankheits-symptom beschreiben lässt. Dies gilt auch für Patienten der forensischen Psychiatrie, bei denen eine Verweigerung der Behandlung zum Verbleib im Maßregelvollzug führt, was wiederum die durch eine Behandlung ansonsten mögliche gesellschaftliche Inklusion verhindert. Auch die UN-BRK kann also keine in sich geschlossene widerspruchsfreie Handlungsmaxime bieten.

Behandlungsleitlinien

Behandlungsleitlinien, deren es heute allein in Deutschland schon hunderte zu nahezu allen häufigeren Krankheiten gibt, existieren erst seit ca. 15 Jahren. Dies ist kein Zufall. Behandlungsleitlinien reflektieren einerseits die gestiegene Bedeutung der Evidenz-basierten Medizin, andererseits aber auch das Bedürfnis, Willkür in der ärztlichen Therapiefreiheit einzuschränken und

Aktuelle Rechtslage zur Zwangsbehandlung

Am 26.02.2013 trat die vom Bundestag verabschiedete Änderung des § 1906 BGB in Kraft. Demnach ist eine Zwangsbehandlung nach dem Betreuungsrecht jetzt wieder möglich, allerdings unter strengen Voraussetzungen:

- der Betreute muss krankheitsbedingt einwilligungsunfähig sein,
- eine ärztliche Maßnahme ist zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens erforderlich,
- es muss erfolglos versucht worden sein, die Zustimmung des Betreuten zu erreichen,
- der drohende gesundheitliche Schaden darf nicht durch eine andere zumutbare Maßnahme abwendbar sein,
- der zu erwartende Nutzen muss die zu erwartenden Beeinträchtigungen übersteigen,
- eine richterliche Genehmigung ist erforderlich,
- ein Verfahrenspfleger muss bestellt werden,
- ein Gutachten von einem Arzt, der die Behandlung selbst nicht durchführt, ist erforderlich, bei Maßnahmen von längerer Dauer als 6 Wochen ein externer Gutachter.

Eine Novellierung des § 8 des baden-württembergischen UBG (Zwangsbehandlung bei akuter Selbst- und Fremdgefährdung) steht dagegen noch aus und wird nicht vor Sommer 2013 erwartet. Anfang 2013 wurde auch das sächsische Psych-KG vom Bundesverfassungsgericht bezüglich der Zwangsbehandlung für nichtig erklärt.

die Rationalität von Therapieentscheidungen wie auch das gesamte zugrundeliegende Wissen nicht nur dem Arzt, sondern auch dem interessierten Bürger zugänglich zu machen (Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften, via Internet <http://www.awmf.org/leitlinien.html>). Die ersten „Guidelines“ vor ca. 15 Jahren entstanden wohl als Ergebnis einer moderierten Sitzung von Experten, meist in der abgeschiedenen Atmosphäre eines guten Hotels auf Einladung eines Pharmaherstellers. Davon kann beim heutigen Standard der Leitlinienentwicklung keine Rede mehr sein.

Es handelt sich um einen höchst aufwendigen Prozess, bei dem Experten aus den verschiedensten Bereichen beteiligt werden und zunächst einmal der gesammelte Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis zu allen Unterthemen recherchiert werden muss (z. B. alle veröffent-

lichen Ergebnisse zu einem Medikament oder Behandlungsverfahren). Wie dann aus diesen Erkenntnissen Behandlungsempfehlungen werden, ist ein schwieriger, oft auch sehr formalisierter Prozess, in den standardisierte Bewertungsregelungen, aber eben auch (häufig ebenfalls standardisierte) Konsensusverfahren eingehen. Das Ergebnis durchläuft dann wieder eine Kontrollrolle, Überarbeitung und Verabschiedung durch die beteiligten Verbände. Deshalb sind Behandlungsleitlinien heute tatsächlich der aktuell bestmöglich zusammengetragene und bewertete Stand des Wissens zu einer Problemstellung oder Erkrankung. Die Lektüre lohnt insofern sehr, auch wenn sie manchmal mühsamer sein mag als die eines Lehrbuchs, in dem der Autor weitgehend frei ist, seine persönliche Meinung zu entfalten und eloquent darzustellen.

Bezüglich der Zwangsbehandlung gibt es als Bezugspunkt die DGPPN-Behandlungsleitlinie „Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten“ (DGPPN 2010), für die einer der Autoren (T. S.) federführend verantwortlich war. Diese 2009 erschienene Behandlungsleitlinie nimmt natürlich auf die Problematik, die sich aus der Rechtsprechung seit 2011 ergeben hat, noch nicht Bezug. Dennoch legt sie medizinethische Positionen fest, die unverändert gültig sind. Die DGPPN-Leitlinie zum aggressiven Verhalten bezieht sich zu weiten Teilen auf Prävention und Deeskalation, jedoch kommen auch medikamentöse Behandlung und Zwangsmaßnahmen wie Fixierung und Isolierung zur Sprache. Die Empfehlung zur Fixierung lautete zum Beispiel: „Bezüglich Fixierung wird als erforderlich angesehen, dass eine kontinuierliche 1:1-Überwachung mit persönlichem Kontakt für die Dauer der Maßnahme gewährleistet ist. Auch bei Isolierung ist eine engmaschige Überwachung unverzichtbar“.

Dies entsprach noch 2009 nicht dem Stand der üblichen Praxis in Deutschland, ist aber seit Ende 2011 inzwischen verbindliches Gesetz in Nordrhein-Westfalen und wird dies zum Beispiel in Baden-Württemberg mit der geplanten Neufassung eines Psychisch-Kranken-Gesetzes mit Sicherheit auch sein. Bezüglich der Zwangsbehandlung wird als gute klinische Praxis empfohlen: „Eine

medikamentöse Zwangsbehandlung darf nur auf klarer rechtlicher Grundlage erfolgen. Eine auf den Einzelfall bezogene Abwägung von Nutzen und potenziellem Schaden ist erforderlich. Die Äußerungen von Patienten, z. B. in Behandlungsvereinbarungen, ggf. auch von Angehörigen, sollten soweit als möglich berücksichtigt werden. Auch bei notwendiger Zwangsbehandlung sollten dem Patienten verbleibende Entscheidungsmöglichkeiten

mit Alternativen angeboten werden...Die Bemühungen der psychiatrisch Tätigen sollten dahin gehen, die Würde des Patienten in derartigen Situationen im größtmöglichen Ausmaß zu wahren“. Dies entspricht ziemlich genau den verfahrensrechtlichen Anforderungen, die das Bundesverfassungsgericht dann 2011 formuliert hat. Am Rande sei bemerkt, dass sich das Bundesverfassungsgericht allerdings keineswegs von der DGPPN-Leitlinie in seiner Argumentation beeinflussen ließ, sondern sie vielmehr gar nicht zur Kenntnis genommen hat. In der Begründung der Entscheidung bezüglich des UBG Baden-Württemberg von 2011 führte es nämlich aus, dass ein einheitlicher ärztlicher Behandlungsstandard für Zwangsmaßnahmen nicht vorliege, weshalb vom Patienten auch nicht verlangt werden könne, eine Maßnahme einfach nach ärztlichem Ermessen zu dulden. Als Beleg wurde eine eigene Arbeit (Steinert 2004) durch das Gericht angeführt, die allerdings zu diesem Zeitpunkt durch die DGPPN-Leitlinie längst überholt war.

Das Thema „medikamentöse Zwangsbehandlung“ war dasjenige, das in der Arbeitsgruppe für die Behandlungsleitlinie für die meisten Kontroversen sorgte. Ärzte argumentierten dabei auf der Basis von Studien, die gut belegen, dass verschiedene Antipsychotika und Benzodiazepine in der Akutbehandlung von aggressivem Verhalten sehr gut wirksam sind. Argumente in diesem Zusammenhang sind Effektstärken und Signifikanzen in wissenschaftlichen Studien. Der Vertreter der Psychiatrieerfahrenen argumentierte dagegen, dass sie eben grundsätzlich gegen Zwangsbehandlungen seien. Der Konsens darüber zwischen Professionellen und Psychiatrieerfahrenen und auch zwischen deren

einzelnen Gruppen ist bekanntlich bis heute nicht hergestellt. In der Behandlungsleitlinie wurde daher ein Minderheitenvotum formuliert.

Schlussfolgerungen

Gegenwärtig haben wir in Deutschland die Situation, dass eine Zwangsbehandlung psychisch Kranker nur noch sehr eingeschränkt in mehr oder weniger unmittelbaren Notfallsituationen möglich ist. Was dem Laien somit abstrakt erst einmal als ein Gewinn an bürgerlicher Freiheit imponieren mag, führt in der Praxis zu erheblichen Problemen. Besonders schwer psychotisch erkrankte Menschen mit erheblichem Gefährdungspotential können kurzfristig in Notfallsituationen anbehandelt werden, die Behandlung kann aber nicht in der erforderlichen Weise über einige Wochen fortgeführt werden, bis ausreichende Einsicht und Selbstbestimmungsfähigkeit wiedererlangt ist. Die Folge ist eine häufig suboptimale (in seltenen Fällen auch gar keine medikamentöse) Behandlung in der Weise, dass

Die Entscheidungen der Gerichte haben in der Praxis zu erheblichen Problemen geführt.

das Klinikpersonal vor jeder einzelnen Medikamentengabe, meist mehrfach täglich, langwierig mit dem Patienten „verhandeln“ muss, oft mit

den immer gleichen Argumenten und nicht selten mit frustanem Ergebnis. Befürchtete Folgen - aussagekräftige empirische Daten liegen dazu naheliegenderweise noch nicht vor - sind eine unerwünschte Zunahme mechanischer Freiheitsbeschränkungen wie Fixierungen und Isolierungen aus Sicherheitsgründen, vermehrte gewalttätige Übergriffe gegenüber Klinikpersonal und längere stationäre Behandlungen.

Wir geraten damit in genau die Situation, in der die Psychiatrie in den Niederlanden lange Jahre aus gesetzlichen Gründen war, mit der Folge von im europäischen Vergleich exorbitant hohen Zahlen von Patientenübergriffen (Nijman et al. 2005) und ebenso extrem langen Zeiten von Isolierungen (Steinert et al. 2010). In den Niederlanden wurden nun die gesetzlichen Grundlagen geschaffen, eine Behandlung zu ermöglichen und man nimmt dort mit großem Erstaunen zur Kenntnis, dass wir uns in die entgegengesetzte Richtung bewegen. Hierzulande lehnen Unterbringungs- oder Betreuungsgerichte die Unterbrin-

gung von Patienten wegen Fremd- oder Selbstgefährdung mit dem Argument der Unverhältnismäßigkeit immer häufiger ab. Allerhöchstens wird zum Schutze Dritter eine kurzzeitige Unterbringung ohne Zwangsmedikation, der Terminus „Verwahrung“ wäre diesbezüglich treffender, angeordnet. Dies könnte mittelfristig auch dazu führen, dass die Kliniken weniger Unterbringungen beantragen und auch noch schwer kranke Patienten auf eigenen Wunsch gegen ärztlichen Rat entlassen. Entsprechende Vereinbarungen mit Amtsgerichten gibt es bereits. Dadurch kommen entsprechend höhere Belastungen vor allem auf Angehörige, aber auch auf gemeindepsychiatrische Einrichtungen und die Öffentlichkeit zu. Für die Betroffenen selbst kann dies bedeuten, dass sie strafällig werden (Baillargeon et al. 2009) oder ihnen durch eine zunehmende psychotische Isolation die gesellschaftliche Teilhabe verloren geht.

Aus dem Vorhergesagten lässt sich auch ableiten, dass die Diskussion über Zwangsbehandlung in der Psychiatrie längst

kein exklusives Problem der stationären Psychiatrie mehr ist. Viele gemeindepsychiatrische Einrichtungen haben es unserer Erfahrung nach aber bisher vermieden, zur Frage der Behandlungsdhärenz, insbesondere der Medikamenteneinnahme, eine klare Position zu beziehen. In den USA und Großbritannien verläuft die Diskussion über dieses Thema anders. Unter psychiatrischen Zwangsmaßnahmen wird unter dem Stichwort „leverage“ auch subsummiert, dass Patienten – und ist dies nicht nur vor dem Hintergrund der UN-BRK durchaus kritisch zu diskutieren – sozialpsychiatrische Hilfen wie insbesondere (betreutes) Wohnen nur gegen die Verpflichtung bekommen, auch der verordneten Therapie zu folgen und sie andernfalls mit Kündigung und Obdachlosigkeit rechnen müssen (Frueh et al. 2005). Dasselbe gibt es bei uns natürlich auch, nur pflegt man es nicht als Form der Ausübung von Zwang zu benennen und hat es weitgehend vermieden, dazu eine eindeutige Haltung zu entwickeln.

Trotz der genannten Schwierigkeiten und Einschränkungen sind auch einige positive Aspekte angesichts der hochgesetzten Schwelle für Zwangsbehandlung zu verzeichnen. Die Sensibilität aller

psychiatrischen Tätigkeiten in Bezug auf die Ausübung von Zwang dürfte erheblich gestiegen sein. Wir sind – ebenso wie die Unterbringungsrichter – genötigt, uns grundsätzlich mit elementaren Fragen der Selbstbestimmung und der Patientenrechte auseinanderzusetzen und jeden Eingriff in Freiheitsrechte kritisch zu reflektieren. Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen gewinnen erheblich an Gewicht. Kliniken halten letztere heute nicht nur verbreitet vor (Borbé et al. 2012) sondern sollten sich nun auch bemühen, diese gerade mit „schwierigen“ Patienten prospektiv abzuschließen. Angehörige können mit den Betroffenen eine intensive Diskussion über solche Behandlungsvereinbarungen oder entsprechende Patientenverfügungen aufnehmen. Allerdings ist dies nicht frei von neuen Problemen: Wie sollte verfahren werden, wenn jemand in einer Patientenverfügung eine

Behandlung mit Psychopharmaka ausschließt, dann aber, in einer Klinik untergebracht und unter schweren Symptomen leidend, eine Behandlung wünscht, dafür aber jetzt

nicht einwilligungsfähig ist? Auch alle Maßnahmen der Deeskalation, wie sie in der DGPPN-Behandlungsleitlinie beschrieben sind und inzwischen auch schon nahezu allgemeiner Standard an den Kliniken sind, gewinnen ebenso an Bedeutung wie Dialog und das Prinzip des „Verhandeln statt Behandeln“.

Das sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich zwar für manche Patienten mit vermehrtem Einsatz im oft freilich kräftezehrenden Diskurs am Ende alles zum Guten wenden lässt, für manch andere und Betroffene in deren Umfeld ist dies aber nicht der Fall. Die höchstrichterlichen Entscheidungen sind aus der Sicht des Psychiaters unbedingt zu begrüßen, stellen sie doch klar, was aus ethischer Sicht ohnehin schon klar war: Es gibt keine medizinisch angemessene Begründung, einsichtsfähige Patienten gegen ihren Willen zu behandeln. Der Gesetzgeber ist jetzt, wie im Memorandum der DGPPN formuliert, dringend aufgefordert, die entsprechenden gesetzlichen Anpassungen vorzunehmen. Wir brauchen Rechtssicherheit für alle Beteiligten und es ist nicht weiter zumutbar, dass Richter und Psychiater Interpretationsvolten um vage formulierte Paragraphen betreiben

müssen und Betroffene, Angehörige und psychiatrisch Tätige in allen Bereichen die Leidtragenden sind. ●

Literatur

- Baillargeon J, Binswanger IA, Penn JV, Williams BA, Murray OJ.** Psychiatric Disorders and Repeat Incarcerations: The Revolving Prison Door. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 103–109
- BGH** (2012) <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&nr=60970&pos=0&anz=1>
- Borbé R.** Die UN-Behindertenrechtskonvention: feste Größe in einem psychiatriepolitischen Schlingerkurs? *Psychiatr Prax* 2011; 38: 215–217
- Borbé R, Jaeger S, Borbé S, Steinert T.** Anwendung psychiatrischer Behandlungsvereinbarungen in Deutschland. *Nervenarzt* 2012; 83: 638–643
- BVerfG** (2011a) BVerfG, 2 BvR 882/09 vom 23.3.2011, Absatz-Nr. (1 – 83), http://www.bverfg.de/entscheidungen/rs20110323_2bvrr088209.html
- BVerfG** (2011b) BVerfG, 2 BvR 633/11 vom 12.10.2011, Absatz-Nr. (1 – 47), http://www.bverfg.de/entscheidungen/rs20111012_2bvrr063311.html
- DGPPN** (Hrsg.). Behandlungsleitlinie: Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Springer Verlag, Heidelberg, 2010
- Frueh CB, Knapp R, Cusack K, Grubaugh A, Sauvageot JA, Cousins VC, Eunsil Y, Robins CS, Monnier J, Hiers TG.** Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric Services* 2005; 56: 1123–1133
- Nijman H, Palmstierna T, Almvik R, Stolker JJ:** Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111: 12–21
- Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, Keski-Valkama A, Mayoral F, Whittington R.** Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010; 45: 889–897
- Steinert T.** Indikation von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken. In: Ketelsen R, Schulz M, Zechert C: Seelische Krise und Aggressivität. Der Umgang mit Deeskalation und Zwang. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2004, 44–52
- Steinert T, Müller J, Finzen A, Gründer G, Pollmächer T, Simon A, Spengler A, Maier W, Falkai P.** Memorandum der DGPPN zur Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen mit psychischen Störungen. *Der Nervenarzt* 83; 1491–1493 (2012)
- UN-Behindertenrechtskonvention** (amtliche deutsche Übersetzung). www.un.org/Depts/german/uebereinkommen/ar61106-dbgbl.pdf
- Wunder M.** Fürsorglicher Zwang – eine ethische Herausforderung in der psychiatrischen Praxis. *Soziale Psychiatrie Heft* 3/2012: 4–7

Ist die gewaltsame Verabreichung von toxischen Psychopharmaka und von Elektroschocks zeitgemäß?

Antwort auf eine zeitlose Frage Von Peter Lehmann

Zunehmende Verarmung und steigender Arbeitsstress weiter Teile der Bevölkerung gehen mit wachsender Demoralisierung einher. Folgen sind anschwellende Raten psychiatrischer Diagnostizierung und Unterbringung. Was wäre also für eine Ordnungsmacht und medizinisch-naturwissenschaftlich orientierte Disziplin zeitgemäßer, als mit erzwungener Anwendung der verfügbaren disziplinspezifischen Methoden – der Verabreichung psychiatrischer Psychopharmaka und Elektroschocks – der eigenen Rolle gerecht zu werden: psychische Probleme überwiegend sozialer Natur befrieden zu wollen? Die Lizenz zu psychiatrischer Gewalt erscheint um so zynischer, je gleichgültiger Psychiaterverbände die massiv verkürzte Lebenserwartung ihrer Patienten ignorieren, je öfter das Bundesverfassungsgericht das Menschenrecht auf körperliche Unversehrtheit betont und je länger sich Politiker weigern, die Forderungen der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen umzusetzen.

Psychiatrie als medizinisch-naturwissenschaftliche Disziplin kann dem Anspruch, psychische Probleme überwiegend sozialer Natur zu lösen, nicht gerecht werden. Die Diagnostik verstellt den Blick auf die wirklichen Probleme des einzelnen Menschen in der Gesellschaft (Blech, 2013; Lehmann, 2012a). Weltweit wehren sich Betroffene gegen die gewaltsame Verabreichung toxischer Psychopharmaka und hirnschädigender Elektroschocks. Da mit dieser Gewalt, die vorsätzliche Qual und Erniedrigung beinhaltet, ein Geständnis („Krankheitseinsicht“) erzwungen werden soll, kann sie als Folter charakterisiert werden (Lehmann, 2010, S. 332-340). Der italienische Reformpsychiater Franco Basaglia kritisierte die Mitarbeit an psychiatrischer Entmündigung und Domestizierung als „Befriedigungsverbrechen“ (Basaglia et al., 1980).

Auch in Deutschland, wo angemessene psychosoziale Hilfen wie Soteria,

Weglaufhäuser, Krisenherbergen oder Offener Dialog Mangelware bleiben (Lehmann & Stastny, 2007), dafür immer mehr Psychopharmaka verabreicht werden, insbesondere Antidepressiva und Neuroleptika, begehren Psychiatriebetroffene auf. Diese Substanzen können Depressionen und Psychosen chronifizieren und zu einer Vielzahl dauerhafter Folgeschäden führen (Lehmann, 1996). Deren medizinische Behandlung zieht notwendigerweise immer höhere Kosten nach sich.

Höchstrichterliche Entscheidungen problematisierten 2011 psychiatrische Zwangsbehandlung. Voraussetzung für ihre Rechtfertigungsfähigkeit sei, so das Bundesverfassungsgericht (BVerfG), dass sie für den Betroffenen nicht mit Belastungen verbunden ist, die außer Verhältnis zu dem erwartbaren Nutzen stünden:

„Die Angemessenheit ist nur gewahrt, wenn, unter Berücksichtigung der jewei-



Peter Lehmann

Dr. phil. h.c., Dipl.-Sozialpädagoge, Autor und Verleger in Berlin, Vorstandsmitglied von PSYCHEX (Schweiz). Mehr siehe www.peter-lehmann.de. Kontakt: mail@peter-lehmann.de

ligen Wahrscheinlichkeiten, der zu erwartende Nutzen der Behandlung den möglichen Schaden der Nichtbehandlung überwiegt. Im Hinblick auf die bestehenden Prognoseunsicherheiten und sonstigen methodischen Schwierigkeiten des hierfür erforderlichen Vergleichs trifft es die grundrechtlichen Anforderungen, wenn in medizinischen Fachkreisen ein deutlich feststellbares Überwiegen des Nutzens gefordert wird (...). Daran wird es bei einer auf das Vollzugsziel gerichteten Zwangsbehandlung regelmäßig fehlen, wenn die Behandlung mit mehr als einem vernachlässigbaren Restrisiko irreversibler Gesundheitsschäden verbunden ist...“ (2 BvR 882/09, Abs. 61 – Herv. i. O.)

Diese Entscheidungen wirkten sich weitreichend auf Länderunterbringungsgesetze und das Betreuungsrecht aus. So erklärte der Bundesgerichtshof 2012, dass es für eine Einwilligung des rechtlichen Betreuers in eine Zwangsbehandlung an einer hinreichend bestimmten Rechtsgrundlage fehle; eine Zwangsbehandlung werde nicht dadurch weniger belastend, dass der Betreuer zustimme. Zum Schutz der Grundrechte der Unterbrachten seien besondere verfahrensmäßige Sicherungen geboten.

Die Urteile lösten eine Welle von Anhörungen und kontroversen Stellungnahmen aus, sowohl in Psychiater- wie

auch Betroffenenkreisen. Da das BVerfG auch die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen zur Urteilsbegründung herangezogen hatte, bestand insbesondere unter Betroffenen die Hoffnung, dass Menschen mit psychiatrischen Diagnosen endlich dieselben Rechte bekommen wie Menschen mit nichtpsychiatrischen Diagnosen: nein zu vorgeschlagenen Behandlungsmaßnahmen sagen zu dürfen.

Erneut grünes Licht für psychiatrische Gewalt

Dennoch beschloss der Deutsche Bundestag im Januar 2013, psychiatrische Gewalt in psychiatrischen Einrichtungen weiterhin zu erlauben. Zwang bleibe das letzte Mittel (als das es vorher auch schon galt), damit Psychiater einem als „psychisch krank“ Deklarierten auch gegen seinen Willen Psychopharmaka und Elektroschocks verabreichen können (§ 1906 BGB): nämlich dann, wenn

- dieser aufgrund seiner „Erkrankung“ die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen könne
- zuvor versucht wurde, ihn von der Notwendigkeit der psychiatrischen Maßnahme zu überzeugen,
- Zwangsmaßnahmen nötig seien, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden,
- der zu erwartende Nutzen des gewaltsamen Eingriffs in die Selbstbestimmung die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiege
- ein Betreuungsgericht die Zwangsmaßnahme genehmigt habe (neu),
- ein Sachverständiger dem gewaltbereiten Psychiater grünes Licht gegeben habe (ebenfalls neu).

Eine gerichtliche Genehmigung und das Votum eines Psychiaterkollegen sollen die Bedenken des BVerfG hinsichtlich der Verfassungsmäßigkeit psychiatrischer Zwangsbehandlung vom Tisch wischen. Weshalb Zwangsbehandlung weniger belastend wird, wenn nach dem Betreuer auch der Betreuungsrichter den Wunsch des Psychiaters auf Anwendung von Gewalt abnickt, verstehe wer will. Weiterhin wird gelten: Ein Ja zur angeordneten Behandlung gilt als rational, ein Nein als krank. Ergebnis ist immer die Verabreichung von Psychopharmaka oder Elektroschocks.

Ein weiteres Beispiel für die geringe

Wertschätzung der Grundrechte von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen ist die baden-württembergische SPD-Sozialministerin Karin Altpeter, die nach der eingangs erwähnten Entscheidung des BVerfG ein neues Landespsychiatriegesetz auf den Weg brachte – wieder mit dem psychiatrischen Recht auf zwangsweise Verabreichung von Psychopharmaka und Elektroschocks; nämlich wenn von den Betroffenen „eine Gefährdung für andere oder für sich selbst ausgeht und wenn die Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit fehlt“. Auf Kritik an ihrem Eintreten für psychiatrischen Zwang bemühte sie Ende 2012 als Argument ausgerechnet die Selbstbestimmung potenziell Zwangsbehandelter: das Gesetz sehe Zwangsbehandlung „nur“ vor, falls bei den Betroffenen Selbst- oder Fremdgefahr oder die Unmöglichkeit einer selbstbestimmten Lebensführung bestehe.

Gewalt zum Wohle ihrer Opfer?

Wesentlichen Druck, das Recht auf Gewaltanwendung aufrechtzuerhalten, ging von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DG-PPN), aus. Unterzeichnet von deren Präsident Peter Falkai, Honorarempfänger von Firmen wie AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Janssen-Cilag, Lundbeck und Pfizer, wurde in einer Stellungnahme Zwang mit medizinethischen Überlegungen begründet. Zwang sei geradezu geboten, um Gesundheit wiederherzustellen, Schaden zu vermeiden, den „am schwersten Kranken“ eine wirksame Behandlung zu gewähren. Eine gewaltsame Behandlung diene deshalb nicht nur dem Wohl des gewaltsam Behandelten, sondern ermögliche ihm auch, wieder autonom entscheiden zu können.

Befürworter von ungeteilten Menschenrechten auch für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen hatten 2012 eine Vielzahl von Argumenten gebracht, um die politischen Parteien zu überzeugen, dass psychiatrische Gewalt unethisch, antitherapeutisch und inhuman ist (Lehmann, 2013). Für eine Notfallbehandlung im vitalen Interesse der betroffenen Person ohne oder gegen

ihren Willen würden die bestehenden Vorschriften des BGB (zum Beispiel in Notfällen der Eingriff als Geschäftsführung ohne Auftrag) und des StGB (Gebot der Hilfeleistung) ausreichen, psychiatrische Sondergesetze brauche es dazu nicht. Gerade der Verzicht auf Gewalt ermögliche ein therapeutisch sinnvolles Vertrauensklima. Vorhersehbare Konfliktsituationen ließen sich weitgehend mit Vorausverfügungen regeln, weshalb solche juristischen Werkzeuge – ähnlich wie Erklärungen zur Bereitschaft von Organentnahme – von Politik und Krankenkassen propagiert werden sollten.

Wenn der Tod 25 Jahre früher kommt

In allen Stellungnahmen für eine Beibehaltung des psychiatrischen Rechts auf Gewaltanwendung spielten Schäden, die Psychopharmaka und Elektroschocks bewirken können, keine Rolle. Dabei stellt für viele Psychiatriebetroffene die gewaltsame Verabreichung von Psychopharmaka und Elektroschocks eine durch und durch traumatisierende Erfahrung dar, vergleichbar der Erfahrung sexueller Gewalt. Traumatisierung durch psychiatrische Gewalt habe oft massive Auswirkungen, so 2007 der Psychiater und Psychotherapeut Marc Rufer:

"Die Symptome, die behandelt werden, können eben dadurch potenziert werden."

„Das Trauma löst das Gefühl der existentiellen Hilflosigkeit aus. Wenn der letzte Widerstand des Opfers gebrochen ist, wird es gleichsam zum Objekt, mit dem der Täter nach Belieben verfahren kann. (...) Der Hauptabwehrmechanismus, mit dem das Ich versucht, die Traumatisierung zu bewältigen, ist die Abspaltung bzw. die Dissoziation. Die Ichspaltung kann sich später als flashback manifestieren: Das Opfer sieht sich unvermittelt in die traumatische Situation zurückversetzt. Was oft zurückbleibt, ist ein Gefühl der Schuld wie auch die Tendenz, Selbstmord zu begehen. (...) Genau die Symptome, die PsychiaterInnen zu behandeln vorgeben – Verwirrung, Halluzinationen und Suizidalität sowie die Hilflosigkeit der Betroffenen – können durch ihre Eingriffe potenziert, chronifiziert, ja sogar produziert werden.“ (S. 405f.)

Der traumatisierende Effekt durch psychiatrische Gewalt wird von der Main-

streampsychiatrie ignoriert. Die Betroffenen können weder Verständnis noch therapeutische Hilfe erhoffen. Dies gilt auch für die entwürdigende Erfahrung der Fixierung. Insbesondere Frauen, die psychische Probleme infolge sexueller Gewalterfahrung während ihrer Kindheit oder danach haben, dürften in der Psychiatrie ein Déjà-vu-Erlebnis haben: erneut wird Gewalt gegen sie angewandt, werden sie gewaltsam entkleidet und ans Bett geschnallt, verrichtet man entwürdigende Manipulationen an ihrem wehrlosen Körper. "Etwas Erniedrigenderes kann dir eigentlich in der Psychiatrie nicht passieren", ergaben Interviews mit Betroffenen, das ein Team um Beatrice Frajo-Apor (2011) von der Psychiatrischen Universitätsklinik Innsbruck durchführte. Fixierung ist zudem lebensgefährlich, insbesondere wegen des erhöhten Thromboserisikos und der in psychiatrischen Einrichtungen häufiger ausbrechenden Feuer.

Traumatisierende Gewalterfahrung unter Vollzug oder Androhung entwürdigender Bedingungen kulminiert in der Regel in der Verabreichung riskanter und schädigender Psychopharmaka oder Elektroschocks – ausgerechnet an der Bevölkerungsgruppe mit der höchsten Sterblichkeitsrate. 2011 klagte beispielsweise die Juristin Pamela Hyde, Leiterin der Abteilung Substanzmittelmissbrauch und Psychiatrische Dienste (SAMHSA) am US-Gesundheitsministerium, die Lebenserwartung von Psychiatriepatienten sei um durchschnittlich 25 Jahre geringer als diejenige der Durchschnittsbevölkerung. Der Pharmariese Janssen Pharmaceuticals warnte im Folgejahr: „Forschung hat gezeigt, dass die Lebenserwartung von Menschen mit schweren psychischen Leiden um durchschnittlich 25 Jahre geringer ist als die der Durchschnittsbevölkerung. Herz- und Atemwegserkrankungen, Diabetes und Infektionen (wie HIV/AIDS) sind die häufigsten Todesursachen in dieser Bevölkerungsgruppe.“

Neben der oft prekären ökonomischen Situation von Psychiatriepatienten, deren Sterberate seit drei Jahrzehnten kontinuierlich ansteigt, spielt die toxische Wirkung der verabreichten Psychopharmaka die wesentliche Rolle für diese Katastrophe. Manche Psychiater halten diese für nicht ausschlaggebend.

Selbst wenn es so wäre: Sollten der oft miserable Gesundheitszustand von Psychiatrierten und die vorher niemals sicher bestimmbar Auswirkung psychiatrischer Anwendungen nicht erst recht Anlass sein, die Schutzbefohlenen vor einer weiteren körperlichen Belastung durch Psychopharmaka und Elektroschocks zu bewahren?

Zweifelsohne mitverursachend für die erhöhte Sterberate sind Defizit-Syndrome, Suizidalität, Delire, Zungen-Schlund-Krämpfe mit Erstickungsanfällen, Lebererkrankungen, Geschwulstbildungen, die sich zu Krebs entwickeln können, Diabetes, Gefäßerkrankungen, Herzinfarkt oder Schlaganfall – allesamt mögliche „Neben“-Wirkungen von Neuroleptika. Vor einer gewaltsamen Verabreichung von Psychopharmaka und Elektroschocks findet oft keine sorgfältige körperliche Untersuchung statt, ebenso unterbleiben im Verlauf der Behandlung meist Kontrolluntersuchungen, um Frühwarnsymptome aufzuspüren, die auf die Entwicklung chronisch oder tödlich verlaufender neuroleptika-bedingter Erkrankungen hinweisen (Lehmann, 2012b). Auch werden die Betroffenen und ihre Angehörigen nicht über Frühwarnsymptome informiert.

Diskriminierung und Gleichgültigkeit

Das Sterben ihrer Patienten ist für gewöhnliche Psychiater und ihren Interessenverband offenbar kein Anlass, auf ihr Recht auf gewaltsamen Vollzug der Behandlung zu verzichten, werden sie doch bisher straf- und zivilrechtlich nicht verfolgt. Auch den Parlamentariern von CDU über SPD und FDP bis hin zu den Grünen bot die verminderte Lebenserwartung psychiatrisch Behandelte keinen Grund, gegen den Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Aufrechterhaltung psychiatrischer Zwangsbehandlung zu stimmen.

Alle Beteiligten sollten einen großen Bogen um psychiatrische Einrichtungen machen, solange existenzielle Themen nicht auf der Tagesordnung stehen:

- das Recht auf Aufklärung und informierte Zustimmung
- die Traumatisierung durch psychiatrische Gewalt

- die Suizidalität infolge der Eigenwirkung von Neuroleptika
- die verringerte Lebenserwartung
- die Verweigerung von Hilfestellung beim Absetzen von psychiatrischen Psychopharmaka, der Aufarbeitung von Menschenrechtsverletzungen, psychiatriepolitischer Mitwirkung,
- die Verweigerung fairer Gerichtsverfahren, Strafverfolgung, Schadenersatz und Schmerzensgeld bei Behandlungsschäden und des uneingeschränkten Rechts auf informelle Selbstbestimmung.

Angehörige und psychosozial Tätige sollten sich gut überlegen, welchen Risiken sie ihre Familienmitglieder bzw. Patienten und Klienten aussetzen, wenn sie diese zum Psychiater schicken. Psychiater, die Zwangsbehandlung ablehnen, könnten sich überlegen, ob es nicht Zeit ist, öffentlichkeitswirksam die DGPPN zu verlassen – wie weiland der Soteria-Begründer Loren Mosher aus dem US-amerikanischen Psychiaterverein APA austrat wegen der Abhängigkeit des Verbandes von der Pharmaindustrie.

Betroffenen bleibt wenig anderes übrig, als noch mehr Energie in Selbsthilfefanstrengungen zu investieren und insbesondere in viel stärkerem Ausmaß als bisher seriöse Voraussetzungen für den Fall der Psychiatrisierung zu formulieren (empfehlenswert: „Für den Fall, dass“ von Fietzek & von Zeyendorf, 2013), ohne dabei Seelenfängern auf den Leim zu gehen, die pauschalen Schutz vor unerwünschten psychiatrischen Maßnahmen jedweder Art versprechen, zum Einsetzen von Bevollmächtigten mit uneingeschränkten Rechten oder zum Beitritt in Psychosekten aufrufen. Juristen, die sich für psychiatrisch Geschädigte einsetzen, sollten prüfen, inwiefern sie im Schadensfall straf- und zivilrechtlich begründete Klagen wegen Körperverletzung oder Tötung mit bedingtem Vorsatz erheben können.

Rettung von außen?

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung, die in Deutschland 2009 durch Ratifizierung rechtlich unmittelbar wirksam wurde, gilt auch für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen. Sie erzwingt eine Anpassung der bisher gültigen Bundes- und Landesgesetze an die neu entstandene Rechtslage und verbietet – eigent-

lich – eine rechtliche Schlechterstellung aufgrund einer diagnostizierten Behinderung oder Krankheit. Artikel 17 der Konvention: „Jeder Mensch mit Behinderung hat gleichberechtigt mit anderen das Recht auf Achtung seiner körperlichen und seelischen Unversehrtheit.“

Bisher sind dies lediglich Worte. Anlässlich der Lesung des Gesetzes zur Wiedereinführung der ärztlichen Zwangsmaßnahmen im Betreuungsrecht im Januar 2013 im Bundestag warnte Valentin Aichele, Leiter der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention, es sei menschenrechtlich fraglich, ob eine psychiatrische Behandlung ohne freie Zustimmung der betroffenen Person vorgenommen werden dürfe; vor dem Hintergrund der aktuellen menschenrechtlichen Diskussion und der Entwicklung des internationalen Rechts gebe es schwerwiegende Bedenken gegen diese Regelung. Geholfen hat auch diese Warnung nicht. Psychiater dürfen weiterhin umsatzfördernd das Selbstbestimmungsrecht ihrer Patienten ignorieren. So bleibt neben dem Aufruf zu Verweigerung und Widerständigkeit noch die Hoffnung, dass die Institutionen zur Überwachung und Umsetzungsbegleitung der UN-Behindertenrechtskonvention (zum Beispiel der entsprechende UN-Fachausschuss, der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (der bisher Psychiatriebetroffene in aller Regel abblitzen lässt) oder nationale Gerichte irgendwann den Gesetzgeber zwingen, Menschen mit psychiatrischen Diagnosen rechtlich Menschen mit somatischen, das heißt nichtpsychiatrischen Diagnosen gleichzustellen. Letztere haben das Recht, vorgeschlagene Behandlungsmaßnahmen abzulehnen. Erstere nicht. ●

Literatur

siehe www.peter-lehmann.de/document/kerbe.pdf

Information

Zur Debatte ist bei der Diakonie Deutschland eine Handreichung erschienen:

Freiheits- und Schutzrechte der UN-Behindertenrechtskonvention und Zwangsmaßnahmen.

Download unter <http://www.diakonie.de/02-2013-freiheits-und-schutzrechte-12087.html> oder gegen Gebühr bestellbar unter vertrieb@diakonie.de.

Neuregelung der Zwangsbehandlung im Betreuungsrecht

Alles wird besser oder viel Lärm um nichts?

Von Ralph Sattler

Die Novellierung des § 1906 BGB ist seit Februar 2013 in Kraft. Medizinische Behandlungen unter Betreuung stehender Menschen ohne deren Zustimmung, die aufgrund höchstrichterlicher Rechtsprechung zuletzt nicht durchgeführt werden konnten, sind seither wieder möglich. Der Gesetzgeber hat damit seine erklärte Absicht, „die bis zu den jüngsten Beschlüssen des Bundesgerichtshofs bestehende Rechtslage möglichst nah“ abzubilden, umgesetzt. Also – alles wie gehabt?

Festzuhalten ist zunächst, dass die „substantielle Rechtsunsicherheit für die klinische Praxis“¹ beseitigt ist. § 1906 BGB normiert nun nicht mehr nur die einer Zwangsbehandlung vorgeschaltete Unterbringung, auch die Behandlung selbst ist nun geregelt. Dies entspricht den Vorgaben des BVerfG, wonach „Die wesentlichen Voraussetzungen für die Zulässigkeit einer Zwangsbehandlung klarer und bestimmter gesetzlicher Regelung (*bedürfen*)“². Diese „wesentlichen Voraussetzungen“, die der BGH zur Grundlage seiner Rechtsprechung gemacht und damit die Vorgaben für den Gesetzgeber geliefert hat, sind nun ebenfalls Teil des modifizierten § 1906.

Das alles hört sich nun eher nicht nach „alles wie gehabt“ an. Wer sich allerdings mit dem Betreuungsrecht beschäftigt und seine Grundlagen und Intention verstanden hat wird vor allem feststellen, dass schon bestehende Handlungsleitlinien jetzt explizit formuliert wurden und das Vorgehen lediglich konkretisiert, aber – von den formalen Veränderungen abgesehen – inhaltlich eigentlich nicht geändert wurde. Denn: der das Betreuungsrecht und damit auch die diesem zugrundeliegenden Vorstellungen von Men-



Ralph Sattler

Diplom-Sozialpädagoge, Pädagoge, Diplom Diakoniewissenschaftler Betreuungsverein Ludwigshafen im DW Pfalz e.V.

schenwürde und Selbstbestimmung ernstnehmende Betreuer hat auch bisher nur dann einen betreuten Menschen zum Zwecke der Heilbehandlung untergebracht, wenn es unumgänglich war (BVerfG: Drohen eines erheblichen gesundheitlichen Schadens, darf nicht durch andere zumutbare Maßnahme abwendbar sein → Betreuungsrecht: Orientierung am Wohl des Betreuten). Er hat keinen Unterbringungsantrag gestellt, wenn der Betroffene einwilligungsfähig war, sondern erst, wenn er seine Lage nicht mehr einschätzen und sich auch durch intensiven Kontakt und Bemühungen nicht überzeugen ließ, sich in eine Behandlung zu begeben (BVerfG: der Betroffene muss einwilligungsunfähig sein, es muss versucht worden sein, seine Zustimmung zu erreichen → BTR: Akzeptanz von Wünschen, speziell Behandlungswünschen, Besprechungspflicht). Er hat dabei abgewogen, welchen Nutzen der Betroffene im Vergleich zu seinem Schaden hat und dabei berücksichtigt, dass ihm das BTR Wunsch und subjektives Wohl des Betreuten als Richtschnur für sein Handeln vorgibt (BVerfG: der zu erwartenden Nutzen der Maßnahme muss den zu erwartenden Schaden deutlich übersteigen). Leider lässt sich dennoch nicht behaupten, die Änderungen wären infolgedessen überflüssig. Denn auch hier

ist letztlich alle Theorie grau, dass die Praxis (nicht nur der Betreuer, sondern auch der Ärzte, Richter usw.) nicht immer so handelt wie sie es eigentlich tun sollte, ist eine Binsenweisheit. Insofern ist die Änderung zu begrüßen. Sie zwingt dazu, dass man sich die Gedanken, die man sich auch vorher schon hätte machen müssen, nun tatsächlich macht, weil es unter formalen Gesichtspunkten gar nicht anders möglich ist. Und wenn verfahrensrechtliche Absicherungen verbessert werden, ist dies zwar ein deutlicher Mehraufwand, in diesem Fall insbesondere für Gerichte und Psychiater, aber im Sinne des Rechtsschutzes immer wünschenswert. Allerdings hätte hier ebenso wie materiell-rechtlich auch noch mehr getan werden können – einige Punkte, auf die bei der Sachverständigenanhörung vor dem Rechtsausschuss hingewiesen wurde, hat dieser auch einfließen lassen, aber eben längst nicht alle³.

Alles in allem – der große Wurf ist das sicher nicht. Dafür hätte man wohl eher der Ansicht der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention folgen müssen, die empfahl „den Gesetzentwurf abzulehnen und zu entscheiden, dem Thema Menschenrechte und Psychiatrie durch einen intensiven parlamentarischen Prozess mehr politische Aufmerksamkeit zu geben“ und „diese historische Chance, Psychiatrie auf der Basis der Freiwilligkeit weiterzuentwickeln, sollte unbedingt ergriffen werden“.⁴

So ist es nicht gekommen – hoffen wir dennoch, dass dies nicht das Ende eines kurzen Prozesses war, sondern den Anfang einer Entwicklung markiert.

Anmerkungen

¹ Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 20.06.2012.

² BVerfG, 2 BvR 882/09 vom 23.3.2011, Absatz-Nr. (1 – 83), http://www.bverfg.de/entscheidungen/rs20110323_2bvrr88209.html.

³ s. Stellungnahmen Lipp und Marschner für den Rechtsausschuss, <http://webarchiv.bundestag.de/cgi/show.php?fileToLoad=2573&id=1207>.

⁴ http://www.bundesgerichtshof.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bibliothek/Gesetzesmaterialien/17_wp/Betreuungs_Einwilligung/stellung_monitoring.pdf;jsessionid=59C4731BC511C6A0DC40AEF9606815D5.2_cid354?__blob=publicationFile.

Die (Bielefelder) Behandlungsvereinbarung

Eine gemeinsam erarbeitete Patientenverfügung

Von Daniela Brandtner

„...ich rufe Sie an, weil ich so einen Vertrag machen will, wenn ich mal wieder in die Klinik muss...“ – Angesichts der aktuellen Diskussion um die veränderte Gesetzeslage zur Zwangsbehandlung und zur Patientenverfügung kommt der Behandlungsvereinbarung als Alternative neue Bedeutung zu. Hier wird die Bielefelder Behandlungsvereinbarung, das Vorgehen in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld beim Zustandekommen der Vereinbarung, sowie die rechtliche Position der BV als gemeinsam erarbeitete Patientenverfügung dargestellt.

Ich rufe Sie an, weil ich so einen Vertrag machen will, wenn ich mal wieder in die Klinik muss...“ So oder ähnlich beginnen oftmals die Anrufe, die ich als Zuständige der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld (EvKB) für Behandlungsvereinbarungen erhalte. Damit werden bereits drei Dinge deutlich: Zum Einen, dass die Menschen, die sich bei mir melden, oftmals nicht so recht wissen, wie das, was sie mit der Klinik vereinbaren wollen, eigentlich heißt und was es nun wirklich ist: „Behandlungsvertrag“, „Vorausverfügung“, „Patientenverfügung“, „Behandlungsvereinbarung“, „Psychiatrisches Testament“ – so viele Bezeichnungen schwirren umher. Zum Zweiten, dass die Anruferinnen¹ sich entschieden haben, das Heft selbst in die Hand zu nehmen und Vorsorge zu treffen. Und Drittens sagt es uns, dass in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel des EvKB fest etablierte Strukturen zur Behandlungsvereinbarung, wie z.B. eine feste Ansprechpartnerin für alle Anfragen zur BV, existieren.

Hier werde ich die Bielefelder Behandlungsvereinbarung (BV) und das Vorgehen in der Klinik für Psychiatrie



Daniela Brandtner
Diplom-Psychologin,
Therapeutische Abteilungsleitung der Allgemeinen Psychiatrie 1, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld (EvKB) gGmbH

und Psychotherapie in Bielefeld-Bethel beim Zustandekommen der Vereinbarung darstellen, sowie die rechtliche Position der BV als gemeinsam erarbeitete Patientenverfügung erörtern und damit Klarheit in das Bezeichnungswirrwarr bringen.

Zur Rechtsverbindlichkeit der Behandlungsvereinbarung

Zur rechtlichen Situation ein kurzer Abriss der Entwicklung der Gesetzeslage in den letzten Jahren. Aktuell ist die BV auf Grund der seit 2009 stark veränderten und sich weiterhin verändernden Rechtsprechung in Sachen Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes von Patientinnen – auch denen der

Psychiatrie - in aller Munde. Das Jahr 2009 war in Deutschland in Sachen Selbstbestimmungsrecht der Patienten zum Einen geprägt durch die Ratifizierung der UN Behindertenrechtskonvention durch die BRD im März und zum Anderen durch das Inkrafttreten des Patientenverfügungsgesetzes (3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts) am 29.07.2009. Auf Grundlage dieser Entscheidungen hat sich die Rechtsprechung zunehmend an der Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes der Patientinnen orientiert. Im Juli 2012 hat sich auch der Bundesgerichtshof mit seinem Beschluss zur Ablehnung der Erzwingung der medikamentösen Behandlung bei Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung durch gesetzliche Betreuer dem angeschlossen. In Folge dessen erfolgt die kurzfristige medikamentöse Zwangsbehandlung in akuter Situation bis dato über das Psych KG oder nach §34 StGB, dem sogenannten „Notstandsparagrafen“. Ganz aktuell hat der Deutsche Bundestag am 16.01.13 den Änderungsentwurf der CDU/CSU und FDP des BGB (Betreuungsgesetzbuch) § 1906 in geänderter Form angenommen, um den Anforderungen des BGH nach Verfassungskonformität gerecht zu werden.

Hierin wird nun festgelegt, dass eine Zwangsbehandlung nur im Rahmen einer Unterbringung nach §. 1906 Absatz 1 BGB erfolgen kann, es zudem der gerichtlichen Genehmigung bedarf und eine Verfahrenspflegerin bestellt sein muss. Der Einwilligung in die ärztliche Zwangsbehandlung muss der ernsthafte Versuch vorausgegangen sein, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung von unzulässigem Drucks die Betreute von der Notwendigkeit der Maßnahme zu überzeugen. Darüber hinaus darf künftig das ärztliche Gutachten für die Entscheidung des Gerichtes über eine Zwangsbehandlung nicht von der aktuell oder vorher behandelnden oder begutachtenden Ärztin erstellt werden. Diese voraussichtlich in Kraft tretende Gesetzesänderung erlaubt unter etwas strengeren Voraussetzungen wieder die bis zum Sommer letzten Jahres gängige Praxis der Zwangsbehandlung untergebrachter Patientinnen. Aus Sicht der Autorin ist mit der sehr schnellen Zustimmung und Entschei-

dung über die notwendige Gesetzesänderung die Chance für ein breit getragenes und mit der UN BRK konformes Gesetz vertan.

Stärkung der Selbstbestimmungsrechte

Mit Verweis auf die UN-BRK möchte ich jedoch auch deutlich machen, dass die alleinige Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes

Stärkung der Selbstbestimmungsrechte erfordert, auch die notwendigen Strukturen zur Unterstützung zur Verfügung zu stellen.

ungenügend und sogar fahrlässig ist, wenn nicht gleichzeitig Strukturen auf- bzw. ausgebaut werden, die die selbstbestimmte Teilhabe u.a. durch

ausführliche Beratung zur Behandlung tatsächlich ermöglichen und Alternativbehandlungen - wie geschützte (Soteria-)Räume und alternative Heilmethoden als Behandlung anerkennen und finanzieren. Diese Punkte wurden unter Anderem auch vom Paritätischen Wohlfahrtsverband in der Stellungnahme zum oben genannten Entwurf zur Gesetzesänderung des Betreuungsrechtes gefordert. Als eine weitere Forderung zur Stärkung der Patientinnenrechte wird u.a. in der Stellungnahme von R. Marschner Assistenz statt gesetzliche Betreuer im Sinne von Vertreter zur Willensbekundung gestellt. An dieser Stelle möchte ich einwerfen, dass wir als Gesellschaft mit der absoluten Realisierung der individuellen Selbstbestimmungsrechte Menschen mit anderen und auch ver-rückten Verhaltens- und Seinsweisen unter uns viel mehr als bisher tolerieren und aushalten müssen. Die Verabsolutierung des Selbstbestimmungsrechtes führt unter den gegebenen Umständen zu einer härteren, lieblosen, weniger fürsorglichen Gesellschaft, weil die betroffenen Menschen viel mit ihren Entscheidungen und den Konsequenzen alleine gelassen werden.

Die „Mutter“ der Behandlungsvereinbarungen – Bielefelder BV

Ich habe diesen ausführlichen Ausflug zur aktuellen Debatte um die Zwangsbehandlung gemacht, da die Bielefelder BV ursprünglich zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen, sowie zur Optimierung der individuellen Behandlungsplanung und der Stärkung der Selbstverantwortungsübernahme

der ehemaligen Patientinnen der psychiatrischen Klinik Bethel entstanden ist. Diese ist 1995 gemeinsam mit dem Verein Psychiatrieerfahrener Bielefeld und der psychiatrischen Klinik in Bielefeld-Bethel entwickelt worden. Die zentralen Personen, die die BV auf den Weg gebracht haben, Dr. N. Pörksen, damaliger Chefarzt der Klinik, W. Voelzke damaliges Vorstandsmitglied des VPE und A. Dietz, damalige therapeutische Leitung der Klinik, haben es in dem von ihnen herausgegebenen Buch „Behandlungsvereinbarungen – Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie“ (Psychiatrieverlag 1998) so formuliert: „Das Ohnmachtsgefühl (der Patientinnen, Anm. d. Autorin) ist geblieben. Wenig verändert haben sich die Angst und der Schrecken vieler ehemaliger Patienten vor der Psychiatrie. [...] Vielen geht es in der akuten Krise so schlecht, dass sie in der Aufnahmesituation ihre Interessen nicht adäquat und wirkungsvoll vertreten können.“

Mit der BV steht ein Instrument zur Verfügung, mit dem im gemeinsamen Gespräch auf Augenhöhe in stabilen Zeiten Vorsorge getroffen werden kann für die Behandlung und gegen die Angst vor der Psychiatrie. Die damaligen Akteurinnen haben die Bedeutung der BV in der Klinik sehr hoch angesiedelt, um das in der BV fest gehaltene und gemeinsam vereinbarte Umgehen und Behandeln wirkungsvoll werden zu lassen. Es wurde in der Präambel fest gehalten, dass die BV zwar keinen rechtlich einklagbaren Vertrag (was von Psychiatrieerfahrenen immer wieder beklagt wurde) darstelle, jedoch jede Abweichung von dem Vereinbarten ausschließlich in Rücksprache mit der Oberärztin erfolgen dürfe. Außerdem, dass bei Nicht-Beachtung der BV, dies ggf. als ärztlicher Behandlungsfehler gewertet werden könne. Die BV wurde in der Klinik sehr breit von vielen Mitarbeitenden getragen, so dass diese dafür bei Patientinnen warben. Durch die zentrale Bündelung der BVn bei einer Person, dem zentralen Zugang für alle aufnehmenden Ärztinnen und vor allem durch das intensive Behandlungsvereinbarungsgespräch frühestens 6 Wochen nach der stationären Behandlung in unserer Klinik ist die BV inzwischen ein selbstverständlicher Baustein unserer Behandlung geworden.

Heute ist die BV bei uns in Überarbeitung. Grund dafür ist das Patientenverfügungsgesetz und um es ganz klar zu sagen: Die Behandlungsvereinbarung stellt im juristischen Sinne eine Patientenverfügung dar. In der BV wird gemeinsam mit den Behandlerinnen der Klinik die zukünftige Behandlung im Voraus verfügt. Und sie ist besonders relevant, da die vorausverfügten Behandlungsmaßnahmen oftmals sehr passgenau und damit wirksam auf die dann aktuelle Situation sind. Die Besonderheiten in den Vereinbarungen bei jeder Patientin sorgen für eine erhebliche Stärkung des Vertrauens, weil individuelle Wünsche und persönliche Regelungen aufgenommen werden, die im Einzelfall in der akuten Krisensituation bei gerade dieser Patientin deeskalierend wirken können. So wurde z.B. in einem Fall als sehr wichtig für die Aufnahme genannt, dass der Psychiatrieerfahrene dann ausschließlich von Frauen angesprochen werden sollte, da er in Krisenzeiten auf Männer aggressiv reagiere und eine andere Psychiatrieerfahrene äußerte als Deeskalationsmaßnahme für angespannte Situationen den Wunsch, dann auf dem Game Boy spielen zu können.

Das Procedere

Aktuell nehmen in dem Vereinbarungsgespräch neben der früheren Patientin, ggf. eine oder mehrere Vertrauenspersonen, die zuständige Oberärztin, eine Pflegebezugsperson und ich als Moderatorin teil. Für jedes Vereinbarungsgespräch planen wir 45-60 Minuten ein, die BV-Vorlage dient als strukturierende Checkliste, die so individuell wie möglich ausgefüllt und ergänzt wird. Nach dem Vereinbarungsgespräch wird die BV durch die Moderatorin ins Reine geschrieben. Zur Durchsicht und dann zur Unterschrift wird das Formular an die psychiatrieeerfahrene Person geschickt, die es unterschrieben an die Klinik zurücksendet. Dort wird die BV von den anderen Teilnehmenden des Vereinbarungsgesprächs unterschrieben. Ein komplett unterschriebenes Exemplar geht an die psychiatrieeerfahrene Person und ein Exemplar verbleibt in der Klinik – in Papierform und zur Einsicht für alle zuständigen Behandlerinnen in digitaler Version. Somit ist ein rascher Zugriff auf die BV gewähr-

leistet. Außerdem wird im PC bereits bei der Aufnahme auf das Bestehen einer BV hingewiesen. Damit sind die Kenntnisnahme des Bestehens einer BV, sowie der Zugriff auf diese sicher gewährleistet. Nach mehr als 350 aktuellen Behandlungsvereinbarungen und einer signifikanten Reduzierung von Zwangsmaßnahmen nach Einführung der BV sind wir überzeugt, dass diese

Zeit gut investiert ist:

Unsere Patientinnen gewinnen viel Vertrauen in uns, da sie im Vereinbarungsgespräch auch noch einmal Zeit haben

über ihre vergangenen Behandlungen gemeinsam mit den BehandleiInnen zu reden. Wir können die ehemaligen Patientinnen besser und umfassender kennenlernen und beraten. Deeskalationsmaßnahmen sind so durch die BV besser individuell abgestimmt. Umso erstaunlicher ist, dass die BV in der BRD nur in sehr geringem Maße derart verbindlich in anderen Kliniken umgesetzt wurde.

Weitere Pluspunkte der Behandlungsvereinbarung

Ein Punkt, den die BV der einseitig verfassten Patientenverfügung voraus hat ist, dass die Einschätzung und Bestätigung der freien Willensfähigkeit durch die Beteiligung der Oberärztinnen gegeben ist, sowie eine Beratung zu bestehenden Behandlungsmöglichkeiten und ärztlicher Rat zur Behandlungsoption. Es wird sorgfältig abgewogen, was wir an Vereinbarungen zusagen, um nur das festzulegen, was wir tatsächlich einhalten und erbringen können. Dies ist wichtig, um das uns entgegen gebrachte Vertrauen zu achten und aktuell auch, um sich nicht strafbar zu machen, wenn die Patientenverfügung im Rahmen der BV missachtet wird.

Ursprünglich wurde die BV nur mit Menschen gemacht, die schon einmal in unserer Klinik in stationärer Behandlung waren. Mittlerweile machen wir BVn auch mit Menschen, die woanders in stationärer Behandlung waren, wir jedoch in Zukunft als Versorgungsklinik für sie zuständig sein werden. Dies ist für viele betroffene Menschen unter der gegebenen Geset-

zeslage die Möglichkeit, für sich selber Vorsorge zu treffen, z.B. auch wenn sie in manischen Phasen nicht zur freien Willensäußerung in der Lage sind und doch ggf. unter Zwang behandelt werden wollen, um sich vor den Konsequenzen ihres Tuns in der Manie zu schützen.

Zeit und Raum geben

Aus den gemachten Erfahrungen möchte ich abschließend noch festhalten, dass in den BVn sehr oft im Grunde Selbstverständliches fest gelegt wird wie „ich möchte ernst genommen und als Subjekt behandelt werden und nicht als Objekt irgendeiner Therapie“ oder „ich brauche dann regelmäßigen kurzen Gesprächskontakt“ oder „ich möchte dann einfach in Ruhe gelassen werden und eine Zigarette rauchen können“. Die BV ist wie die Patientenverfügung ein sehr individuelles und auch individualisierendes Instrument. Nach den gemachten Angaben sind die Wünsche und Bedürfnisse der Nutzerinnen jedoch nicht so verschieden, sondern verweisen auf bestimmte Notwendigkeiten, die in der psychiatrischen Behandlung gegeben sein müssen: genügend Zeit für jeden einzelnen Patienten und genug Gelegenheit für (Gesprächs-)Kontakte, d.h. genug qualifiziertes Personal, genügend Raum. Das sind unter vielem anderen Strukturen, die zur Verfügung gestellt werden müssen, um die Selbstbestimmungsrechte der Patientinnen zu stärken. Dafür machen wir uns mit vielen anderen stark. 🌟

Anmerkung

¹ Zur besseren Lesbarkeit des Textes wird die weibliche Form als Allgemeinform verwendet. Dies insbesondere auf Grund der Tatsache, dass die meisten Behandelnden und im psychosozialen Bereich beruflich Tätige Frauen sind. Gemeint sind damit jedoch Männer genauso wie Frauen.

Impressum

Herausgeber und Redaktionsadresse:

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), Invalidenstraße 29, 10115 Berlin, E-Mail: kerbe@beb-ev.de, Internet: www.kerbe.info:

Redaktion:

Prof. Dr. Jürgen Armbruster (Redaktionsleitung), Stuttgart; Jürgen Bombosch, Düsseldorf; Karsten Groth, Hamburg; PD Dr. Holger Hoffmann, Bern; Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Margret Osterfeld, Dortmund; Johannes P. Petersen, Rendsburg; Dr. Irmgard Plößl, Stuttgart; Dr. Kathrin Ratzke, Berlin; Georg Schulte-Kemna, Stuttgart; Cornelia Class-Hähnel, Stuttgart.

Verlag und Bestelladresse:

Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Augustenstr. 124, 70197 Stuttgart, Telefon (07 11) 6 01 00-0, Adressenänderungen bitte an: vertrieb@evangemeindeblatt.de

Bezugspreis:

Jahresabonnement für vier Hefte 26 Euro (einschließlich Versandkosten), Einzelheft 7 Euro. ISSN 0724-5165

Anzeigen:

Anzeigengemeinschaft Süd, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Tel. (0711) 60100-41, Fax -76. E-Mail: kerbe@anzeigengemeinschaft.de. Internet: www.anzeigengemeinschaft.de. Es gilt die Preisliste Nr. 31 vom 1. Januar 2013.

Layout:

Atelier Reichert, Stuttgart

Druck:

Rudolf-Sophien-Stift, Stuttgart

Erscheinungstermine:

1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November

Diakonie 

Bundesverband
evangelische
Behindertenhilfe **BeB**

In eigener Sache: Wechsel in der Redaktion der Kerbe



Seit 1. Januar ist Dr. med. Holger Hoffmann Mitglied des Redaktionsteams der Kerbe. Hoffmann ist Chefarzt der Soteria Bern und Leiter der Einheit für Versorgungs-

forschung der Universitäre Psychiatrische Dienste Bern. Er ergänzt die Redaktion um viele neue Sichtweisen. Sein Beitrag "Das Konzept der Soteria Bern" in dieser Kerbe auf Seite 7 ist quasi sein Debut.

Durch seine Berufung ist es gelungen, die ärztliche Seite in der Redaktion wieder neu zu besetzen: Denn mit seinem Eintritt in den Ruhestand verabschiedet sich Dr. Michael Swiridoff aus der Kerbe-Redaktion.



Durch seine Tätigkeit an der Klinik in Altenburg war die Situation im Osten Deutschlands verlässlich im Blick. Wir bedanken uns bei ihm sehr herzlich für seine Mitarbeit und freuen uns, dass er in der Kerbe künftig immer wieder, schreibend und beratend, präsent ist.

Beziehungen und Grenzen Menschen mit Psychosen in der Sozialpsychiatrie

3. Kongress des Dachverbandes Deutschsprachiger Psychosenpsychotherapie e.V. am 3.-5. Mai 2013 in Berlin, Charité, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Mit Vorträgen von Martin Teising, Rudolf Heltzel, Michael Schulz und Nils Greve, sowie einer Fallvignette aus der Soteria von Roswitha Hurtz. In Kasuistisch-Technischen Seminaren können von den Teilnehmern eingebrachte Fallbeispiele besprochen werden.

Anmeldung und Information unter www.ddpp.eu oder per E-Mail: Anmeldung@ddpp.eu.

Notfall Seele – Zwang und Gewalt, Macht und Ohnmacht in der Psychiatrie

Fachtag am 23. Mai 2013 in Frankfurt am Main

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie veranstaltet, zusammen mit der Hessischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (HeGSP) und in Kooperation mit dem Betreuungsgerichtstag e. V. (BGT) den Fachtag "Notfall Seele – Zwang und Gewalt, Macht und Ohnmacht in der Psychiatrie".

Information bei:

DGSP e.V. Zeltinger Str. 9, 50969 Köln, Tel.: 0221-511002, E-Mail: dgsp@netcologne.de <http://www.psychiatrie.de/dgsp/>

18. Forum Psychiatrie und Psychotherapie Paderborn

5. und 6. November 2013

„Komm wir suchen (D)einen Schatz“ (frei nach Janosch) – Persönliche Entwicklung und gemeinsames Lernen in der psychiatrischen Hilfelandschaft.

Information bei Simone Büring,

Telefon: 05251 295-118, Fax 05251 295-119, E-Mail: simone.buering@wkp-lwl.org

Psychiatrie ohne Einrichtungen – Sozialromantik oder sinnvolle Versorgungsperspektive?

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) am 7. – 9. November 2013 in Erfurt

Wie muss eine Versorgungslandschaft aussehen, die konsequent am Bedarf des einzelnen Menschen orientiert ist, psychiatrische Hilfe außerhalb von Einrichtungen und am individuell gewünschten Lebensort ermöglicht?

Information und Programm ab Ende Juni bei:

DGSP e.V. Zeltinger Str. 9, 50969 Köln, Tel.: 0221-511002, E-Mail: dgsp@netcologne.de <http://www.psychiatrie.de/dgsp/>

**Bundesakademie für Kirche und Diakonie gGmbH
Bundesfachakademie BuFa/GFO**

Doppeldiagnose – geistig behindert und psychisch krank

- 13.05.–15.05.2013, Rothenburg
Leitung: Christina Heinrich, Minden

Geistig behinderte Menschen mit psychischer Erkrankung

- 22.05.–24.05.2013, Steinfurt
Leitung: Rainer Scheuer, Saarbrücken

**Erfolgreicher Umgang mit psychischen Belastungen in helfenden Berufen
Vorbeugung und Bewältigung von Burnout**

- 10.06.–13.06.2013, Steinfurt
Leitung: Wolfgang Valet, Ravensburg

„Krankengeschichten in Lebensgeschichten verwandeln“

- Biografiearbeit in der Sozialpsychiatrie
- 13.06.–14.06.2013, Fulda
Leitung: Manuela Ziskoven, Stuttgart

Professionelle Beziehungsgestaltung mit traumatisierten Menschen in der Sozialpsychiatrie

- 17.06.–18.06.2013, Leinfelden-Echterdingen; Leitung: Claudia Ehlert, Berlin

Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing) in der sozialen Arbeit mit Personen in schwierigen persönlichen und sozialen Situationen.

- 20.06.–21.06.2013, Fulda
Leitung: Dr. Petra Schwarz, Waiblingen

„Verschoben, niedergedrückt und zurückgezogen“

- Depressionen, Demenzen und wahnhaftige Störungen im Alter
- 24.06.–25.06.2013, Leinfelden-Echterdingen; Leitung: Dr. Hartwig von Kutzschenbach, Nürtingen

„Schwierige“ Klienten verstehen – Menschen mit Persönlichkeitsstörung unterstützen

- 4.7.–5.7.2013, Leinfelden-Echterdingen, Leitung: Imgard Plößl, Stuttgart

Überzeugen muss kein Kraftakt sein

- 09.07.–11.07.2013, Steinfurt
Leitung: Heike Hofmann, Köln

Inklusion konkret – "Veränderung fängt in den Köpfen an"

- 3.09.–5.09.13, Hannover
Leitung: Prof. Dr. Kai-Uwe Schablon

Gesprächsführung in der Begleitung von Menschen mit Psychosen

- 12.09. – 13.09.2013, Fulda,
Leitung: Manuela Ziskoven, Stuttgart

Umgang mit Borderline-Patientinnen und Patienten

- 19.09.–20.09.2013, Köln-Rösrath; Leitung: Dr. Ewald Rahn, Warstein

Systemisches Arbeiten in der Psychiatrie/Sozialpsychiatrie 2013–2015

17. Zertifizierte Sozialpsychiatrische Zusatzqualifikation
- 19.09.–20.09.2013 ff, Leinfelden-Echterdingen; Leitung: Sylvia Fahr-Armbruster, Stuttgart

Angststörungen und Zwänge bei Menschen mit geistiger Behinderung

- 7.10.–8.10.13, Steinfurt
Leitung: Anne Sand, Wolfenbüttel

Systemisches Handeln im sozialpsychiatrischen Alltag

- Grundhaltungen – Gesprächsführung – Interaktionen
- 23.10.–25.10.2013, Leinfelden-Echterdingen
Leitung: Sylvia Fahr-Armbruster, Stuttgart; Karl-Heinz Menzler-Fröhlich, Schwaikheim

Herausforderung Krise

Systemische Reflexionen, Haltungen und Handlungsansätze in sozialpsychiatrischen Kontexten

- 4.11.–6.11.2013, Leinfelden-Echterdingen;
Leitung: Gabriele Rein, Stuttgart; Helene und Hubert Beitler, Renningen, Sylvia Fahr-Armbruster, Stuttgart

Psychose und Sucht – double trouble

- 7.11.–8.11.2013, Berlin
Leitung: Frieder Niestrat und Harald Sadowski, Essen

Borderline-Störungen besser verstehen

- 18.11.–19.11.2013, Leinfelden-Echterdingen
Leitung: Dr. Matthias Hammer und Petra Heise, Stuttgart

Motivation und psychische Erkrankung – Herausforderungen im Arbeitsalltag der WfbM

- 18.11.–20.11.2013, Steinfurt
Leitung: Rainer Scheuer, Saarbrücken
Kultur-Sensibilität und transkulturelle Handlungskompetenz in der Gemeinde- und Sozialpsychiatrie

- 11.12.–13.12.2013, Düsseldorf
Leitung: Meera Sivaloganathan, Düsseldorf; Eva van Keuk, Düsseldorf

ProPsychiatrieQualität (PPQ) – Leitzielorientiertes Qualitätsmanagement – Transfer in die Praxis (Inhouse)

Termin: nach Absprache
Leitung: Ulrich Nicklaus, Berlin, Kontakt: 030-488 37-488

Alle hier aufgeführten Angebote können auch als Inhouse-Veranstaltung angeboten werden. Ebenso weitere Seminare zu speziellen Fragestellungen. Bitte setzen Sie sich mit uns in Verbindung, damit wir Ihnen ein passendes Angebot machen können. Gerne senden wir Ihnen auch ausführliche Ausschreibungen zu den Veranstaltungen und/oder das vollständige Programmbuch zu!

Information und Anmeldung:

Bundesakademie für Kirche und Diakonie gGmbH / Bundesfachakademie BuFa/GFO
Heinrich-Mann-Str. 29; 13156 Berlin;
Telefon: 030-488 37 -488,
Telefax: 030-488 37 -300
info@bundesakademie-kd.de
oder unter www.bundesakademie-kd.de

**Alle reden von ADHS
Wir sprechen über
die Folgen von Ritalin**



**Positionspapier
als Broschüre**

*„Eine Generation wird
krankgeschrieben“*

Das Aufmerksamkeitsdefizit-/
Hyperaktivitätssyndrom, Ritalin
und Psychopharmaka

Kostenlos per Post oder als Download
www.psychiatrie.de/dgsp
Zeltlinger Straße 9
50969 Köln
(0221) 51 10 02 (dgsp@netcologne.de)

Paranus Verlag



Hartwig Hansen (Hg.)

Der Sinn meiner Psychose

Zwanzig Frauen und Männer berichten

ISBN 978-3-940636-24-9 · 19,95 €

Erscheint im April 2013



Thomas Bock

Eigensinn und Psychose

„Noncompliance“ als Chance

Mit Beiträgen von D. Bock und M. Amering

ISBN 978-3-926200-90-7 · 14,80 €

5. Auflage 2012

Lange galten die Schizophrenie bzw. Psychosen als in sich sinnlose, unheilbare Gehirnkrankheiten, denen ausschließlich mit Medikamenten begegnet werden kann.

Mittlerweile steht dieser überholten, noch immer weit verbreiteten Doktrin das Erfahrungswissen zahlreicher Betroffener gegenüber, die in ihren Psychosen einen Sinn gefunden haben.

Sie sagen: Erst als ich offen wurde, um auf die Suche nach der für mich stimmigen „Botschaft“ meiner Erkrankung zu gehen, konnte ich die mal ängstigenden-verstörenden, mal inspiriert-euphorischen Erlebnisse in mein Leben integrieren.

In diesem Buch berichten zwanzig Frauen und Männer, wie sie dem Sinn ihrer Psychose auf die Spur gekommen sind und warum sie ihre besonderen Erfahrungen als Bereicherung erleben.

Mit Beiträgen von: Marina Gerdes, Reinhard Wojke, Anja Hesse, Tuula Rouhiainen, Peter Mannsdorff, Anna P., Stephan Eberle, Elisabeth T., Gwen Schulz, Klaus Nuißl, Karla Kundisch, Sibylle Prins, Martin Stoffel, Britta Geishöfer, Katharina Coblenz-Arfken, Jan Michaelis, Arnhild Köpcke, Wolfgang Drüding, Gaby Rudolf, Svenja Bunt.

Psychoseerfahrene sind in vielfacher Weise eigensinnig: Ihre Sinne gehen eigene Wege. Sie sind auf der Suche nach Eigenheit (eigenen Grenzen) und nach Sinn (Bedeutung für andere). Damit verpflichten sie nebenbei Psychotherapie und Sozialpsychiatrie zur Zusammenarbeit. Und: Viele von ihnen sind eigensinnig im Umgang mit Hilfe. Sie entwickeln ein eigensinniges Krankheitskonzept, fragen nach Sinn und Bedeutung ihrer Erfahrungen und prüfen ihr (familiäres oder professionelles) Gegenüber sehr genau, wie ernst ein Beziehungsangebot gemeint ist.

Thomas Bock erzählt in diesem Buch Geschichten von eigensinnigen Patienten – er berichtet von kreativen Wegen des Zugangs zu jungen Ersterkrankten und zu langfristig Psychoseerfahrenen. Sein Credo: Gerade von eigensinnigen Patienten können wir viel lernen über die Bedeutung von Psychosen, die notwendigen strukturellen Veränderungen der Psychiatrie, über angemessene Beziehungskultur.

Paranus Verlag · Postfach 1264 · 24502 Neumünster · Telefon (04321) 2004-500 · Fax 2004-411
www.paranus.de · verlag@paranus.de