ISSN 07245165

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe

Kerbe

Forum für soziale Psychiatrie

1 2020
Februar
März
April
38. Jahrgang

THEMENSCHWERPUNKT

Psychosen–Psychotherapie in neuen Kontexten

Wie kommt Psychotherapie in verschiedene Settings?

Zur psychotherapeutischen Grundhaltung

3 Editorial

4 Themenschwerpunkt

Psychotherapie für Menschen mit Psychosen – Realität und Möglichkeit,
Dorothea von Haebler, Seite 4

Stationäre Körpertherapie eines Mannes mit schizophrener Psychose
Susanne Hub, Bettina Mardus, Seite 7

Eine erwiderte Liebe
Wie EX-IN Genesungsbegleiter und Psychotherapeuten voneinander lernen können,
Andreas Jung, Seite 9

Psychosen – systemisch verstehen – psychotherapeutische Zugänge
Gerhard Dieter Ruf, Seite 12

Stationäre psychodynamische Psychotherapie auch als Akutbehandlung
Bettina Mardus, Seite 15

Stimmenhören verstehen als Schlüssel zum Recovery in der erfahrungsfokussierten Beratung
Joachim Schnackenberg, Senait Debesay, Christian Feldmann, Seite 17

Neue Möglichkeiten der Begleitung von Psychosen in der Akutpsychiatrie
Erfahrungen aus den Modellvorhaben u. der stationsäquivalenten Behandlung,
Julian Schwarz, Eva Rosenberger, Stefan Weinmann, Sebastian von Peter, Seite 19

Gruppenpsychotherapieangebote für Menschen mit Psychosen
Dorothea von Haebler, Klaus Hesse, Seite 22

Recovery Colleges: Gemeinsam psychische Gesundheit und soziale Teilhabe durch Bildung fördern
Gianfranco Zuaboni, Michael Schulz, Michael Löhr, Seite 25

Niedrigschwellige Zugänge zu (psycho-)therapeutischen Ansätzen – Stepped-care-Modelle
Pascal Wabnitz, Seite 28

Psychotherapeutische Grundhaltung in der Gemeindepsychiatrie
Achim Dochat, Seite 30

Therapie ohne Absicht
Therapeutische Wirksamkeit des Trialogs,
Thomas Bock, Huttan Behjat-Mohammadi, Rabea Fischer, Seite 33

Psychosenkonzept des Offenen Dialogs
Volkmar Aderhold, Seite 36

Qualifizierung für Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf
Psychotherapeutische Weiterbildung in der Gemeindepsychiatrie,
Dietrich Munz, Seite 38

40 Spectrum

Die spinnen, die Römer!
Auflösung der forensischen Krankenhäuser in Italien - Bericht aus der Praxis,
Patrizia Di Tolla, Seite 40

Könnt ihr das überhaupt?
Gemeindepsychiatrie und Suchthilfe zwischen Kooperationsbereitschaft und Kompetenzzweifeln,
Achim Dochat, Seite 43

46 Nachrichten

47 Termine

Titelfoto: Martin Schemm/pixelio

Liebe Leserin, lieber Leser

„Psychiatrie ist Psychotherapie in Aktion, oder sie ist nichts wert. Damit wird allerdings eine Psychotherapie gemeint, die vor dem zurückgezogenen, wortkargen und abwesenden Patienten nicht scheut.“ (Karl Peter Kisker; siehe Beitrag von Achim Dochat)

Dass die Psychotherapie von Psychosen zentral für eine leitliniengerechte Behandlung ist, wird in Fachkreisen nicht mehr in Zweifel gezogen. Ein Blick auf die aktuelle Situation in Kliniken, im ambulanten Gesundheitsbereich, aber auch in den Diensten und Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie zeichnet jedoch ein anderes Bild.

Nach wie vor erhalten nur wenige Menschen mit der Diagnose Psychose eine Psychotherapie. Und wer einen Psychotherapieplatz gefunden hat, musste zuvor meistens lange Wartezeiten in Kauf nehmen. Darüber hinaus gilt leider auch hier, dass diejenigen, die am schwersten erkrankt sind und wenig Ressourcen haben getreu dem inverse care law, die geringsten Chancen auf einen ambulanten Platz bei einer / einem niedergelassenen Psychotherapeutin / Psychotherapeuten haben. Woran liegt dies? Welche strukturellen und inhaltlichen Rahmenbedingungen sind hierfür verantwortlich und welche Vorschläge stehen im Raum, um diesen gravierenden Mangel zu beheben.

Psychotherapie wird allgemein als die gezielte professionelle Behandlung seelischer Störungen oder seelisch bedingter körperlicher Erkrankungen mit psychologischen Mittel verstanden. Oder anders ausgedrückt: Es geht darum, die Sprache der Seele zu verstehen und Ausdrucksmöglichkeiten für Erfahrungen zu finden, die bisher nicht in Worte gefasst werden konnten, um so zu einer gemeinsam geteilten Sprache zu kommen.

Welche Psychotherapie bzw. welche Form der psychotherapeutischen Begleitung benötigen Menschen in psychotischen Krisen bzw. mit psychotischen Störungen? Was heißt Psychotherapie im Kontext einer Psychose? Welchen Stellenwert bzw. welche Bedeutung hat die (Richtlinien-) Psychotherapie im engeren Sinne und welche psychotherapeutische Grundhaltung benötigen unterschiedliche Berufsgruppen, um miteinander förderliche Milieus zu gestalten sowie tragfähige und verlässliche Beziehungen zu gewährleisten? Welchen Beitrag können stepped-care Modelle leisten und wie sind Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zukünftig zu qualifizieren, um auch jenseits der Richtlinienverfahren und außerhalb des Gesundheitssystems Unterstützung für Menschen mit psychotischen Störungen bereit zu halten? Und welche Bedeutung hat das Soziale bzw. wie werden soziale Kontextfaktoren in die Psychotherapie einbezogen? Denn es gilt auch der Satz, dass die Psychiatrie eine soziale Psychiatrie ist, oder sie ist keine.

Erste Antworten auf diese sehr unterschiedlichen Fragen finden Sie in den vielfältigen Beiträgen der vorliegenden Kerbe: Nach einem einführenden Überblicksartikel beschreibt Andreas Jung die Bedeutung einer Psychotherapie aus seiner persönlichen Sicht. Anschließend werden verschiedene Psychotherapieverfahren auch in unterschiedlichen Behandlungssettings vorgestellt und dann der Blick auf die Gemeindepsychiatrie bzw. auf Menschen mit komplexen Unterstützungsbedarfen erweitert. Der Trialog mit therapeutischen Wirkungen ohne Absicht, aber auch Colleges und erfahrungsfokussierte Beratung mit Stimmenhören sind weitere Ansätze, die wir Ihnen zum Themenschwerpunkt „Psychosentherapie“ vorstellen möchten.

Katharina Ratzke
Dorothea von Haebler
Jürgen Armbruster

Psychotherapie für Menschen mit Psychosen – Realität und Möglichkeit

Von Dorothea von Haebler

Menschen, die an einer schizophrenen Psychose erkrankt sind – die am wenigsten verstandenen Menschen in unserer Welt (Alanen 2014).

Ein Mann mittleren Alters, seit Jahrzehnten psychotisch erkrankt - gesunde Phasen gab es laut Krankenakte nicht - hat inzwischen sein Zuhause in einem betreuten Wohnen. Hier hat er alles, was er zum Leben braucht: Menschen, die ihm ähnlich sind - aber doch ganz anders, Menschen, die ihm helfen, bei der Bewältigung seines Alltags. Helfen diese Menschen ihm auch dabei sich weiter zu entwickeln und vielleicht sogar einmal diesen sozialpsychiatrischen Mikrokosmos zu verlassen und außerhalb er selbst sein zu können: bezogen, abgegrenzt und selbstständig? In anderen Worten: wie steht es um die Psychotherapie in multiplen Kontexten?

Menschen mit Psychosen bekommen immer noch viel zu selten eine psychotherapeutische Behandlung, obwohl diese nachweislich in allen Phasen und jeder Schwere der Erkrankung indiziert und wirksam ist. Eine Zunahme von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten alleine würde jedoch nicht helfen. Notwendig ist eine Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit über Sektorengrenzen hinweg. Das heißt, es geht um den Aufbau von Strukturen in denen psychotherapeutisches Know-how ein wesentliches Element darstellt. Im Folgenden soll ein Blick auf die verschiedenen Formen und Kontexte von Psychosenpsychotherapie geworfen und Möglichkeiten und Chancen aufgezeigt werden, die oft so dringend notwendige Psychotherapie für Menschen mit Psychosen qualitativ zu stärken oder zu implementieren.

Die Realität – der Stand der Dinge

Die Behandlung von Menschen mit Psychosen war nicht zu jeder Zeit eine Therapie, und die Therapie von Menschen mit Psychosen beinhaltet zumeist noch immer keine Psychotherapie. Wie kann es zu so einer Situation kommen, obwohl das seit Jahrzehnten geltende Modell der bio-psycho-sozialen Ursachen der Erkrankung an sich schon eine biologische, eine psychische und eine soziale Herangehensweise fordert?
Noch immer erreicht die psychotherapeutische Behandlung nur wenige Patientinnen und Patienten. Dies liegt einerseits daran, dass viele der professionellen Helferinnen und Helfer, also behandelnde Ärztinnen und Ärzte, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Betreuerinnen und Betreuer sowie Teams häufig genug keine Psychotherapie empfehlen. Ebenso aber liegt es daran, dass wenn Psychotherapie empfohlen, oder auch vom Menschen mit Psychose gewünscht ist, diese viel zu selten qualitativ hochwertig angeboten wird. Gründe für diese Situation sind darin zu suchen, dass die Ausbildung der aktuell Praktizierenden meist noch beinhaltet, dass Psychotherapie für Menschen mit Psychosen nicht indiziert, ja sogar kontraindiziert sei. Entsprechend haben die aktuell praktizierenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten häufig die Psychotherapie mit Menschen mit Psychosen nicht erlernt, und trauen sich aus diesem Grund oft nicht zu, diese Menschen in Therapie zu nehmen. Aus alldem ergibt sich, dass die Psychotherapie von Menschen mit Psychosen nur in Ausnahmefällen persönlichen Engagements gelehrt und gelernt wird. Auch bei der Facharztausbildung liegt der Schwerpunkt auf Psychopharmakotherapie und der Delegation an die soziotherapeutischen Möglichkeiten. In der Ausbildung der Berufe im psychosozialen Bereich, die sehr oft mit langfristig Kranken arbeiten, spielt die Möglichkeit der psychotherapeutischen Behandlung höchstens eine marginale Rolle. Dazu kommt nun häufig das krankheitsimmanente und oft existentiell anmutende Streben nach Autonomie der Menschen mit Psychosen, welches die Bereitschaft sich durch eine Psychotherapie helfen zu lassen, erheblich erschweren kann. Dazu kommen die Hürden, die zwischen Therapeutinnen beziehungsweise Therapeuten und Patientinnen beziehungsweise Patienten bestehen. Für die einen ist es schwer bis unmöglich eine Liste von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten anzurufen, die anderen wiederum akzeptieren keinen Anruf von Angehörigen oder professionellen Helferinnen und Helfern („die Patientenmotivation ist Voraussetzung zur Therapie"). Hinzu kommt schließlich die Auswirkung der Medikamente, die häufig neben der notwendigen Wirkung auch Nebenwirkungen haben, die die Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung erschweren.
Bei allem hat auch die aktuelle politische Situation einen erheblichen Anteil am viel zu geringen Einsatz von Psychotherapie für Menschen mit Psychosen: längst ist im stationären Bereich durch Personalmangel keine leitliniengerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten mehr möglich. Der G-BA hat nach fünf Jahren Beratungszeit eine neue Personalrichtlinie entwickelt, die die psychotherapeutische Mangelversorgung sogar noch verstärkt!

Dorothea von Haebler
Prof. Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie. Psychodynamische Einzel- und Gruppenpsychotherapeutin, Supervisorin. Oberärztin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (Charité). Vorsitzende des Dachverbandes Deutschsprachiger Psychosenpsychotherapie DDPP.

Möglichkeiten – wie kann es doch gehen?

Dennoch ist die psychotherapeutische Behandlung für Menschen mit Psychosen häufig Wunsch des behandelnden

Teams, der Angehörigen und der Betroffenen selbst (Albani et al 2012). Auch in den geltenden Leitlinien (S3, NICE) wie der Psychotherapierichtlinie ist die Psychotherapie von Menschen mit Psychosen in allen Phasen der Erkrankung indiziert, was vielen professionellen Helferinnen und Helfern noch nicht ausreichend bekannt ist. Inzwischen gibt es doch eine zunehmende Tendenz Psychosenpsychotherapie in allen Bereichen der psychiatrischen Versorgung mitzudenken. Dies betrifft auch die Angehörigen, die die so häufig angstauslösenden Momente unmittelbarer miterleben. Oft sehen sie sich an der Grenze dessen, was sie leisten oder verstehen können. Für sie ist eine psychotherapeutische Behandlung ihrer Angehörigen ein Verstehenszugang und eine Entlastung. Die Menschen mit Psychose selbst befinden sich, wenn die Psychose akut ist, in der ausweglosen Situation, einem innerpsychischen Dilemma (Mentzos 2015), in welchem das Zulassen der Hilfe von außen einerseits dringend gewünscht und andererseits als identitätsbedrohend erlebt wird. Wählt der Mensch mit Psychose als Ausweg aus diesem Dilemma den Rückzug, so mündet dies in der Isolation. Das aus dem Dilemma resultierende Misstrauen dient also dem Eigenschutz und macht den Zugang zu einer Psychotherapie, bei der Vertrauen grundlegend ist, beinahe unmöglich – oder doch nicht?
Verstehen wir diesen inneren Kampf als einen existentiellen Kampf, bei dem zu viel Nähe wie zu viel Distanz als bedrohlich erlebt werden, so wird deutlich, dass wir uns besonders vorsichtig und einfühlsam um die Nähe-Distanz-Regulation kümmern müssen.
Intensive psychotherapeutische Behandlung bedeutet dann, eine ausgewogene Nähe-Distanz-Regulierung zu unterstützen oder stellvertretend vorzunehmen. Intensiv bedeutet folglich auch, multiprofessionelle Hilfe anzubieten, die vernetzt ist, ohne den Menschen mit Psychose einzuengen. Psychotherapie heißt, einen Raum zu etablieren, in dem der Mensch mit Psychose mit anderen Menschen sein kann, ohne sich selbst aufgeben zu müssen und ohne sich isolieren zu müssen, um bei sich selbst zu bleiben. Ein Raum, in dem widersprüchliche Positionen existieren können (Vgl. Rom 2007) ohne das Gefühl der Vernichtung, der apokalyptischen Angst, auszulösen, das heißt: ein Raum, in dem Begegnungen stattfinden können, der neue Möglichkeiten zum Beziehungserleben eröffnet und das zugrundeliegende Dilemma abmildert.
Dazu ist psychotherapeutisch ein einfühlsames, nicht allzu intrusives Vorgehen (Alanen 2014) erforderlich. Was die Vernetzung betrifft bedeutet es in erster Linie, voneinander zu wissen, flexibel, bedürfnisangepasst und damit individuell zu handeln. Die Elemente der Therapie ergänzen sich und sind kein Entweder – oder. Untersuchung und Behandlung sollten von einer psychotherapeutischen Haltung bestimmt sein. Die Wertschätzung aller Beteiligten, die die Grenzen der professionellen „Reviere“ und der Sektoren überschreitet, ist eine Grundlage dafür, dass Psychotherapie bei Menschen mit Psychosen hilfreich sein kann.

Psychotherapie für Menschen mit Psychosen in verschiedenen Kontexten und Settings:

Im Folgenden sollen die Wege im stationären, teilstationären, ambulanten, im Akut- wie Langzeitbereich, einzeln und in der Gruppe, im Bereich der Behandlung sowie der Betreuung kurz skizziert werden:

Stationäres Setting

Leider taucht die Psychotherapie im stationären Setting viel zu wenig auf. Die Gründe dafür sind oben benannt. Unter anderem die Personalverordnung verhindert den inzwischen bezifferten Bedarf an stationärer Psychotherapie (Mehl et al 2016). Dabei gäbe es sehr gute Möglichkeiten für Einzel- und Gruppenpsychotherapien einzeln und in Kombination (s. von Haebler, Montag 2019):

Gruppenpsychotherapie:
Oft finden im stationären Rahmen mehr Gruppen- als Einzeltherapien statt. Diese werden jedoch meist von nicht ausgebildetem Person geleitet – möglicher Weise auch wegen der Unterbewertung ihrer Wirksamkeit. Die Gruppenpsychotherapie im stationären Rahmen sollte allerdings vermehrt von ausgebildeten, feldkompetenten Professionellen geleitet werden, damit eine deutliche Verbesserung der Wirkung psychotherapeutischer Behandlung erfolgen kann. Denn die Gruppenpsychotherapie ist gerade für Menschen mit Psychosen ein hochwirksames Therapieelement (Hesse, von Haebler in diesem Heft), wenn Setting und Methode modifiziert werden, ähnlich, wie es für Einzeltherapien auch beschrieben ist.

Einzelpsychotherapie:
Einzelpsychotherapie findet im stationären Kontext nur selten statt. Dies hat auch mit einem Fehlverständnis ihrer Definition zu tun. Wenn Psychotherapie immer an dem 50-minütigen Richtlinienkontext gemessen wird, gibt es im stationären Rahmen wenig Möglichkeiten. Psychotherapie als „jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist (PThG)“ bedeutet jedoch, dass Psychotherapie mittels professionell strukturierten und reflektierten Gesprächen und einer therapeutisch gestalteten Beziehung erfolgt. Damit ist sie nicht an 50 Minuten gebunden, sondern lässt sich (und muss sich) der Situation anpassen. Die Möglichkeit, im stationären Rahmen diese Zeit aufzuteilen, bedeutet ebenfalls die Möglichkeit zur Umsetzung: dreimal 15 Minuten sind vor allem in akuten Phasen der Erkrankung machbarer und effektiver als eine 50-minütige Sitzung. Auch hier gilt, dass die Qualifikation des Personals entscheidend ist. Notwendig ist ein psychotherapeutisches Verständnis des gesamten Teams im Hinblick auf die Menschen, die jeweils betreut werden (Lempa, von Haebler, Montag 2017).

Ambulantes Setting

Einzelpsychotherapie:
Bis 2014 war es nach geltender Psychotherapierichtlinie nicht indiziert, Menschen mit Psychosen psychotherapeutisch zu behandeln (Faber & Haarstrick 2009). Vor 2014 hatten sich der DDPP e.V. (www.ddpp.eu) und die Bundespsychotherapeutenkammer engagiert bis die Psychotherapierichtlinie an den seit Jahren bestehenden wissenschaftlichen Stand angepasst wurde, und eine Psychotherapieindikation für Menschen mit Psychosen bei jedem Schweregrad, jeder Akuität und in allen Phasen der Erkrankung eingeräumt wurde. Seit 2016 zeigt sich eine langsame Zunahme der ambulanten Richtlinienpsychotherapien für die psychotischen Erkrankungen (persönliche Korrespondenz vom 09. Mai 2019 mit der KBV).
Im September 2019 wurden im Bundestag im Zusammenhang mit dem Gesetz

zur Reform der Psychotherapeutenausbildung auch Änderungen bei der Finanzierung von psychotherapeutischen Leistungen verabschiedet: Kurzzeittherapien sollen gefördert werden, da dadurch potentiell mehr Patientinnen und Patienten – auch solche mit schweren psychischen Erkrankungen – Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung erhalten können. Dabei muss bedarfsgerecht indiziert und dann auch finanziert werden: hierzu gehört die Finanzierung von Netzwerkgesprächen. Die neue Gesetzgebung muss also den Spielraum für Verbesserungen einräumen: ein besserer Zugang zur Psychotherapie, welche durch effiziente Vernetzung und Zusammenarbeit aller an der Versorgung von Menschen mit Psychosen beteiligten Professionen gestützt wird (https://ddpp.eu/politik-meldung/stellungnahme-zu-den-aenderungen-beider-finanzierung-von-psychotherapeutischen-leistungen.html).

Gruppenpsychotherapien:
Eine bessere Versorgung mit ökonomischer Effizienz zu verbinden kann durch eine Förderung der Gruppenpsychotherapie erreicht werden: das ist zur Zeit politisch gewollt und es wäre eine erhebliche Verbesserung der psychotherapeutischen Behandlung für Menschen mit Psychosen. Passend zur komplexen Behandlung von Menschen mit Psychosen kam es auch zu einer weiteren Änderung der Psychotherapie-Richtlinien: die Richtlinienverfahren können seit 2015 auch als Kombination aus Einzel- und Gruppenbehandlung durchgeführt werden. Hierfür ist ein Gesamtbehandlungsplan zu erstellen.
Hier besteht derzeit ein gravierendes Problem: die meisten Verträge der psychiatrischen Institutsambulanzen in Deutschland sehen vor, dass die Psychotherapie innerhalb der Ambulanzen angeboten wird, was personell wiederum gar nicht möglich ist und nur in einem viel zu geringen Umfang erfolgen kann. Dass den Patientinnen und den Patienten der Institutsambulanzen, die nicht wartezimmerfähig sind, die ambulante Psychotherapie damit verwehrt bleibt, schreit nach einer konsequenten Neuregelung.
Hierfür gibt es Lösungsvorschläge, und der GBA hat den Auftrag bis Ende 2020 einen Vorschlag zu entwickeln, wie ein Gesamtbehandlungsplan für komplex psychisch Kranke aussehen kann.
Eine mögliche Lösungsstrategie wären geteilte Stellen – in der Klinik und ambulant, um eine Personalkontinuität zum Beispiel bei der Psychotherapie zu gewährleisten. Eine andere Lösung wäre die direkte Kooperation von Kliniken mit Psychotherapeuten, die Menschen mit Psychosen in die Richtlinientherapie nehmen. Ebenso ist es dringend notwendig bei den aktuell neuen bedürfnisangepassten wie zum Beispiel aufsuchende oder andere ambulant intensiv- arbeitende Behandlungsteams (StÄB, Hometreatment etc.) Psychotherapie selbstverständlich als einen wesentlichen Bestandteil zu implementieren.

Fazit

Die Psychotherapie hat zum Ziel, Werkzeuge gemeinsam mit dem Menschen mit Psychose zu entwickeln, die den Umgang mit scheinbar unlösbaren, dilemmatischen Konstellationen im Alltag ermöglichen, ohne dass eine Psychose notwendig ist. Damit hat sie einen kurativen Ansatz, der in die Behandlungspläne integriert werden muss. Für die Menschen mit Psychosen sollten psychotherapeutische Leistungen aus Einzel-und Gruppentherapie, medikamentöser Behandlung, Soziotherapie, häuslicher psychiatrische Krankenpflege und nonverbalen Therapien angeboten werden. Ein so komplexes Angebot sollte durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder Psychiaterinnen und Psychiater koordiniert werden. Der Übergang von stationärer in die ambulante Behandlung muss mit einer Personalkontinuität verbunden werden, so dass es dringend notwendig ist, dass sich Leistungen des Krankenhauses (z. B. psychiatrische Institutsambulanzen) und des niedergelassenen Sektors (Richtlinienpsychotherapie, vor allem auch Gruppenpsychotherapie) nicht ausschließen, sondern in ihrem Zusammenspiel gefördert werden, um genau denjenigen, die komplex oder schwerer erkrankt sind, den Zugang zur Psychotherapie überhaupt erst zu ermöglichen. Für eine besser qualifizierte und selbstverständlichere psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit Psychosen ist eine verfahrensübergreifende Zusammenarbeit in Praxis, Lehre und Forschung dringend notwendig.

Literatur

Alanen, Y. O. (2014): Menschen, die an einer schizophrenen Psychose erkrankt sind – die am wenigsten verstandenen Menschen in unserer Welt, in: Lempa, G & Troje, E (Hrsg), Zwischen Biologie und Biographie, Forum der psychoanalytischen Psychosentherapie, Band 30, Göttingen.

Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G., Brähler, E. (2012): Einstellungen zu Psychotherapie. Repräsentative Befragung in Deutschland, in: Psychotherapeut, Heft 58 (5), 466–473.

Faber, R., Haarstrick, R. (2009): Kommentar Psychotherapie-Richtlinien, München.

Hesse, von Haebler (2020): Kerbe, in press.

Lempa, G., von Haebler, D., Montag, C. (2017): Psychodynamische Psychotherapie der Schizophrenien. Ein Manual, 2. akt. Auflage, Gießen.

Mehl, S., et al. (2016): Leitlinienkonforme psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit Schizophrenie, in: Der Nervenarzt, Heft 87(3), 286–294.

Mentzos, S., (2015): Dilemmatische Gegensätze im Zentrum der Psychodynamik der Psychosen, in: Forum der Psychoanalyse, Heft 31(4), 341–352.

Rom, J., (2007): Identitätsgrenzen des Ich. Einblicke in innere Welten schizophrenie- und borderlinekranker Menschen, Göttingen.

Von Haebler, D., Lempa, G., Klingberg, S., Schultze-Jena, H., Hümbs, 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#

Von Haebler, D., Montag, C. (2019): Selbstbestimmung mit Nebenwirkungen: Erfahrungen und Desiderate für eine zwangsarme Psychiatrie, in: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 13(1), 22–35.

Berufsbegleitender Masterstudiengang

Bei der Versorgung von Menschen mit Psychosen und komplexen psychischen Störungen ist die Zusammenarbeit verschiedener Professionen und Disziplinen unerlässlich.Der seit 2013 angebotene **weiterbildende und berufsbegleitende Studiengang „Interdisziplinäre Psychosentherapie"** wird unter der Leitung der International Psychoanalytic University (IPU) Berlin in Kooperation mit der Charité Universitätsmedizin Berlin, dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB) durchgeführt. Der Studiengang ermöglicht den **interdisziplinären Diskurs** auch durch das Studieren in teamähnlicher Struktur. Die Absolvent*innen sind nach Abschluss auf hohem Niveau für eine effektivere Gestaltung einer **integrierten und qualifizierten Versorgung psychotisch erkrankter Menschen** innerhalb des Versorgungssytems ausgebildet. Der Studiengang beginnt jedes Jahr zum Sommersemester im April.
Informationen zum Studiengang: **http://ipu.cx/psychosentherapie20**

Stationäre Körpertherapie eines Mannes mit schizophrener Psychose

Von Susanne Hub und Bettina Mardus

Anhand einer Kasuistik eines Patienten mit paranoider Schizophrenie werden körpertherapeutische Interventionen dargestellt. Hierbei wird verdeutlich, wie wichtig das Zusammenspiel der verschiedenen therapeutischen Elemente ist, um schließlich einen Therapieerfolg erzielen zu können. Gerade die Körpertherapie hat einen hohen Stellenwert insbesondere in der Behandlung von Psychosen, sollte aber möglichst individuell auf die Bedürfnisse und Schwierigkeiten der Patientinnen und Patienten angepasst werden.

Susanne Hub
Dipl. Sportwissenschaftlerin, Tanztherapeutin, Sporttherapeutin u. BoxCoach/Körpertherapeutin, im Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn in Rosdorf

Bettina Mardus
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie/Oberärztin im Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn in Rosdorf

Herr R. wuchs in einer mittelgroßen Stadt in Süddeutschland auf als einziges Kind seiner Eltern. Zwischen den Eltern sei es nie zum Streit gekommen, die Mutter habe schnell geweint, wenn „ein falsches Wort“ fiel. Entsprechend nahmen sich der Vater und auch der Patient selbst überwiegend zurück. Die Familie hatte nur wenige Außenkontakte, Herr R. war „schon immer schüchtern“ und selbstunsicher. Die Schule an sich fiel ihm leicht, das Einfügen in Gruppenzusammensetzungen war jedoch mit erheblicher Verunsicherung verbunden. So entwickelte er bereits einen Waschzwang, als er mit dem Übergang auf das Gymnasium mit den neuen Lehrern als auch vielen neuen Mitschülerinnen und Mitschülern konfrontiert war.

Während des Physikstudiums entwickelte er „laut Aussage seines Psychiaters eine Psychose“. Autokennzeichen hatten plötzlich eine besondere Bedeutung für ihn, Nachrichtensprecherinnen und -sprecher kommunizierten mit ihm persönlich. Angefangen hatte dies während einer Vorlesung. Der Professor hatte Herrn R. länger angeschaut, dann hatte er eine Stahlkugel in seinem Kopf gespürt und „alles war plötzlich ganz anders“. Herr R. fühlte sich zunächst erleichtert, gleichzeitig, aber massiv verunsichert von dem, was er jetzt erlebte. Es folgten mehrmonatige Psychiatrieaufenthalte, in denen es zu verschiedenen medikamentösen Einstellungen kam, die die Verunsicherung von Herrn R. jedoch nicht mildern konnten.

Als er nach Tiefenbrunn zur Aufnahme kam, war er sehr in sich gekehrt, zurückhaltend, kaum Blickkontakt aufnehmend und extrem misstrauisch. Er gab spärlich Informationen über seinen Zustand und seine Symptomatik preis, ebenso wenig über seine Biografie. Zudem verweigerte er die Anforderung seiner Entlassungsbriefe aus den vorherigen Kliniken. Im Kontakt achtete er darauf, lediglich oberflächlich zu antworten und Details zu vermeiden. Mimik, Gestik und Bewegungen waren sehr monoton, starr, ja skurril und zeitweilig blieb er mitten im Raum stehen, setzte sich nicht auf die neben ihn stehenden Stühle. Herr R. wirkte sozial stark isoliert, keine der Mitpatientinnen und keiner der Mitpatienten interessierte sich für ihn. Auch im therapeutischen Team löste er in der Gegenübertragung zunächst Genervtheit und Desinteresse, aber auch Mitgefühl und Mitleid aus.

Er wirkte stark isoliert, keiner interessierte sich für ihn. Auch im therapeutischen Team löste er zunächst Genervtheit und Desinteresse, aber auch Mitgefühl und Mitleid aus.

Ersteres wurde insbesondere dadurch ausgelöst, dass Herr R. sein Gegenüber durchgehend auf Abstand hielt, auch wenn oder vielleicht gerade dann, wenn sein Gegenüber ihm ausgesprochen freundlich und fürsorglich zugewandt war. Kontakte schienen für ihn bedrohlich zu sein. Dementsprechend begegneten wir ihm mit sehr vorsichtigem Kontaktaufbau. Sowohl die Bezugspflegeperson als auch die Einzeltherapeutin gingen zunächst mit ihm spazieren und mieden längere Gespräche in geschlossenen Räumen. Gleichzeitig standen im Therapiefokus der notwendige Reizschutz und die Möglichkeit des Patienten, den Rahmen selbst zu bestimmen, um bereits hierüber eigene Wirkmächtigkeit zu erfahren. Zusätzlich fokussierten wir den körpertherapeutischen Zugang mit der Teilnahme an Selbstregulierung, „Grenzen und Kontakt“ sowie Basketball. In der Selbstregulierung sind motorische Aktivierung und das Wahrnehmen eigener körperlicher Grenzen vordergründig. Bei der Körpertherapieform „Grenzen und Kontakt“ werden Kommunikations- und Interaktionsverhalten positiv beeinflusst, aktives Zuhören sowie eigenes Agieren geübt und hierüber die sozialen Fähigkeiten im Bewegungsgeschehen trainiert.

Im Erstgespräch bei der Körpertherapeutin zeigte sich Herr R. sehr beob-

achtend, kontrollierend, misstrauisch und wachsam, wie auf der Flucht. Mit seiner vornübergebeugten Haltung, die Unterarme auf den Oberschenkeln abgelegt, wirkte er, als ob er durch diese keinen falschen Eindruck erzeugen wollte. Er verfolgte die Informationen zum Körpertherapieangebot aufmerksam, gleichzeitig seltsam unbeteiligt und emotionslos. Er stellte keine Fragen und akzeptierte die Verordnungen ohne jegliche Resonanz. Im sportlichen und körperorientierten Therapieanlauf wurde schnell deutlich, dass bei Herrn R. im Umgang mit dem eigenen Körper wenig aktuell abrufbare Erfahrungsmuster zugrunde lagen. Durchgehend wirkte es so, dass einerseits eine große Kraft vorhanden war, die sich andererseits kaum im Außen entfalten durfte, als wenn Bremse und Gaspedal gleichzeitig benutzt würden. Herr R. konnte seine eigenen Kraftreserven kaum einschätzen, weder bei konditionellen noch bei impulsdosierenden Vorgaben. Jegliche Belastung führte er bis zur vollkommenden Erschöpfung ohne Pause durch. Zwar zeigte sich hier eine große Belastungsfähigkeit und Belastungswilligkeit, ein Ertragen und Durchhalten von Anforderungen, jedoch keinerlei Aufmerksamkeit für eigene Grenzen.

Herr R. beim Basketball: Jemand anderem das Spiel zu überlassen, konnte er zu Beginn seiner Behandlung kaum zulassen oder steuern

Bei den interaktiven Körpertherapien fielen darüber hinaus erhebliche Schwierigkeiten der Kontaktgestaltung sowohl in der Dyade als auch in der Gruppe auf. So bemühte sich Herr R. wie auch bei allen anderen Verordnungen beim Basketball, im Spiel möglichst nicht zu pausieren. Jemand anderem das Spiel zu überlassen, konnte er zu Beginn seiner Behandlung kaum zulassen oder steuern. Er versuchte, im Besitz des Balls, sofort einen Korb zu werfen, unabhängig der eigenen räumlichen Position in der Halle. Dabei waren seine Ausgangspositionen meist ungünstig und der dafür aufgebrachte Krafteinsatz immens fordernd und vom Impuls her übersteuert. Entsprechend war es ihm zunächst kaum möglich, den Ball im Sinne des Zusammenspiels abzugeben oder sich selbst in eine bessere Wurfposition zu bringen. Nachbesprechungen vom gegenseitigen Umgang und möglichen Verbesserungen im Spielverlauf verfolgte Herr R. scheinbar unbeteiligt und verhielt sich im nächsten Spiel ähnlich. Entsprechend wirkte er im Teamsport - ebenso wie auf der Station - zunächst sehr isoliert. Das Festhalten an der Nichtveränderung imponierte wie ein Haltsuchen am Vertrauten, als würden Pause oder Ballabgabe einer Schwäche und damit einem Kontrollverlust gleichkommen. Sehr kleinschrittig gelang es Herrn R. zunehmend besser, seinen eigenen Körper wahrzunehmen und ein Gefühl für seine Kraft und Kraftreserven sowie für seinen gesamten Körper zu entwickeln. Dies zeigte sich in einer deutlich verbesserten Belastbarkeit und Beweglichkeit, verbesserter Kondition, einer belebteren Mimik und einer wesentlich offeneren, aufrechteren Körperhaltung. In der Selbstfürsorge konnte er seine Kräfte, Kraftreserven und Beanspruchung besser wahrnehmen und dosieren. Sehr hilfreich für diese Entwicklung waren Regeländerungen, welche zu einer erheblichen Entlastung von Herrn R. führten und die anderen Spielenden der eigenen Mannschaft verstärkt integrierten. So war ein Miteinander im Spielverlauf gefordert, Alleingänge nicht mehr möglich. Laufwege wurden klar vorbesprochen, beispielsweise, dass Herr R. beim Korb bleiben sollte und hierüber seine Kraftreserven schonen konnte. Auch die Regel, dass eine Mitspielerin oder ein Mitspieler das Spielfeld verlässt, sobald eine Auswechselspielerin oder ein Auswechselspieler den Wunsch des Mitspielens äußert, gab Herrn R. die „Legitimation“, pausieren zu dürfen. War Herr R. zunächst noch völlig isoliert von den anderen, hatte er im Verlauf das Gefühl entwickeln können, Teil eines Ganzen zu sein und bei den anderen Mitspielenden akzeptiert und integriert worden zu sein.

Das Zusammenspiel der verschiedenen Elemente: Gerade die Körpertherapie hat einen hohen Stellenwert in der Behandlung von Psychosen.

Dieses Fallbeispiel aus der Körpertherapie lässt sich auch auf die gesamte Entwicklung während des stationären Aufenthaltes übertragen. Herr R. war weniger misstrauisch geworden, hielt sein Gegenüber weniger auf Distanz, wurde deutlich schwingungsfähiger und beteiligte sich zwar noch sehr vorsichtig, aber zunehmend aktiv am Gruppengeschehen.

Gleichzeitig war es für ihn sehr wichtig, inhaltlich mit seiner Einzeltherapeutin über sein psychotisches Erleben zu sprechen. Für ihn war es von großer Bedeutung, nicht als „krank“ eingestuft zu werden. Ebenso wichtig war für ihn die Frage, wieviel „Schuld“ er selbst an der Entstehung der Psychose hätte und wollte „die Schuld eher bei dem Professor verorten“. Sehr langsam konnte er sich an die für ihn damals so belastende Situation herantasten. Gute Leistungen und die Aufmerksamkeit der Lehrenden waren für Herrn R. in der Schulzeit immer sehr wichtig gewesen, hatten ihm Sicherheit und das Gefühl, wertvoll zu sein gegeben. Wie auch damals beim Schulwechsel auf das Gymnasium, war nun die Aufnahme des Studiums erneut massiv verunsichernd. Auf dem großen, anonymen Universitätsgelände hatte er sich von seinem Professor ignoriert gefühlt. Gleichzeitig gelang es ihm nicht, seinem eigenen Leistungsanspruch zu genügen und der Vorlesung problemlos zu folgen. Hieraus resultierte eine zunehmende Angst, „im Studium unterzugehen“. In dieser Notsituation der Haltlosigkeit und Wertlosigkeit erlebte er die Psychose als Entlastung, in welcher der Professor „unsinnige Dinge“ erzählte. Somit lag „die Schuld“, dem Vorlesungsinhalt nicht folgen zu können, nicht bei Herrn R. und führte so bereits zu einer Entlastung. Zusätzlich interessierte sich der Professor im psychotischen Erleben plötzlich sehr konkret für ihn.

Herr R. erlebte jetzt eigene Wertig- und Wichtigkeit, die sich in dem Bedeutungserleben der Autokennzeichen sowie der Nachrichten weiter fortsetzte. Ein beginnendes Verstehen der Entstehung und des Inhaltes der Psychose führte zu einer erheblichen Entlastung des Patienten.

Anhand dieses Fallbeispiels wird die Wichtigkeit des Zusammenspiels der verschiedenen therapeutischen Elemente deutlich, um in einen Therapieerfolg münden zu können. Gerade die Körpertherapie hat einen hohen Stellenwert, insbesondere in der Behandlung von Psychosen. Sie sollte aber möglichst individuell auf die Bedürfnisse und Schwierigkeiten der Betroffenen angepasst werden.

Eine erwiderte Liebe

Wie EX-IN Genesungsbegleiter und Psychotherapeuten voneinander lernen können

Von Andreas Jung

Für Rosalie Böhme und ihre Schwestern ...

Andreas Jung
Der Autor ist Genesungsbegleiter und Vorsitzender von EX-IN-Hessen in Marburg. E-Mail: jung-marburg@web.de, Telefon 06421-690944

Das Leben in der Sozialpsychiatrie

Mit 50 Jahren absolvierte ich meine Ausbildung zum EX-IN Genesungsbegleiter, die für mich auf Grund der räumlichen Distanz zur Heimatstadt Marburg und meiner damaligen psychischen Verfasstheit mit sehr viel organisatorischen und finanziellen Aufwand verbunden war. Angeregt dazu hatte mich eine Präsentation dieses für Psychiatrie- und Krisenerfahrene entwickelten trialogischen Projekts auf den Marburger Psychiatrietagen. Auch der Zuspruch meiner Psychotherapeutin, die ich gerade mal ein Jahr lang kannte, gab einen Ausschlag.
Ich wollte mich verändern, nachdem ich über zehn Jahre im Betreuten Wohnen, einer Tagesstätte für psychisch Kranke und einer über 150 Rehabilitanden beherbergenden Werkstatt für Menschen mit psychischer Erkrankung zugebracht hatte. Ich befürchtete, dort zu hospitalisieren mit einem Konsum von 40 Zigaretten pro Tag und einer sozialen Hängematte, bei der man zwar nicht verhungerte, aber nach ihrem längeren Gebrauch unwiderruflich festklebte. Ein schleichendes Asthma führte schließlich zu einem Zustand, in dem ich das Gefühl hatte, rasch zu altern, weil mein Körper drohte, seine Arbeit einzustellen.

Das Schulprojekt „Verrückt, na und!“ und die Entscheidung für eine Psychotherapie

Trotz und wegen dieser Behinderung hatte ich nach meinem Besuch des ersten Psychoseseminars in Marburg ein mittlerweile in ganz Deutschland bekanntes Schulprojekt „Verrückt, na und! “ kennengelernt und engagierte mich bei der Aufklärung von psychischen Erkrankungen durch den Besuch von Schulklassen. Als Tandem mit Profi-Frauen brachten wir jungen Menschen das Thema seelische Gesundheit nahe. Dies setzt auf allen Seiten einen Lernprozess in Gang, der unliebsame Bildungshierarchien und Familienordnungen aus der eigenen Kindheit und Jugend in Frage stellte. Die Erfahrung der Erwachsenen zählte, die der Jugendlichen nicht. Auch Schüler sind Erfahrungsexperten ihrer Krisen. Das als mögliche Ressource wert zu schätzen, kann man in der Peer-Arbeit mit Jugendlichen richtig gut lernen.
Ich befand mich zu dieser Zeit zwischen einer schweren Nikotinsucht und der fortdauernden Einnahme eines Neuroleptikums, was mich befürchten ließ, dass mein Suchtverhalten auf den ehemals von mir so geliebten Alkohol übergreifen könnte. Gleichzeitig war ich auf der Suche nach einem gesunden und guten Leben. So entschied ich mich, ähnlich wie bei meinem Alkoholentzug mit Anfang 30, ein zweites Mal für eine mögliche Zukunft. Ich begann auf Anraten meiner Psychiaterin eine Psychotherapie bei einer Kollegin.
Ohne jede Bevormundung erklärte sie mir, warum gerade sie eine geeignete Therapeutin für mich sein könnte.
Nicht jeder Therapeut sollte unbedingt mit Menschen arbeiten, die eine Schizophrenie Diagnose haben, so hatte ich sie verstanden.

Politische und soziale Kompetenzen als Voraussetzung einer Psychosenpsychotherapie

Die Therapeutin, die wir nun ausgesucht hatten, leitete nach ihrem Psychologiestudium eine Kontakt und Beratungsstelle für psychisch kranke Menschen, bevor sie eine Therapieausbildung in Gießen begann. Gemeinsam mit Kolleg*innen unterschiedlicher sozialer und therapeutischer Berufe hatte sie in einer Nachbarstadt mit erheblichen Ausländer- und Migrantenanteil eine eigene Einrichtung aufgebaut.
Dass auch Menschen mit Psychosen sich auf Grund von Stigmatisierung und sozialer Not nur noch in den dafür vorgesehenen und eigens erbauten Wohnblöcken bewegten und oft kaum einen Fuß in die Außenwelt fanden, hat nicht unbedingt jeder Psychotherapeut im Blick.
Auch auf Grund einer rigorosen Sparpolitik der Landeswohlfahrtsverbände und vieler Kommunen und vor allem damit keine falschen Erwartungen auf Teilhabe, die über eine Grundversorgung hinausgeht, geweckt werden, stehen die sozialen und kulturellen Bedürfnisse der Betroffenen meist hinten an. Das zeigt sich sowohl in ihren Gesprächen mit den Psychiatern als auch bei der Betreuung durch die soziale Arbeit. Gerade eine Benachteiligung und Ausgrenzung durch den Verlust an Bildungschancen, der oft mit der Erkrankung einhergeht, ist in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen eine besondere Herausforderung, weil dort die Problematik der Erkrankung auf eine gesellschaftliche Ebene gehoben wird. Übrig bleibt meistens die engagierte städtische Kulturloge, die freilich mit begrenzten Kino- und Theaterkarten kaum diesen Mangel beheben kann.
Mir war der Vorschlag der Psychiaterin, mich in die Hände dieser Frau zu begeben, mehr als nur einsichtig und sympathisch. Die Erkrankung meines eigenen, in der Jugend missbrauchten geschlechtlichen Körpers und schließlich der Aussonderungsprozess, trotz Abitur und Studium in einer Universitäts- und Bildungsstadt keine angemessene und

sinnvolle Arbeit mehr zu haben, ging einher mit schweren Psychosen, die zu Krankenhausaufenthalten und schließlich zur Obdachlosigkeit führten.
In meinen Wahnvorstellungen befand ich mich als ein letzter Mensch in einer Gesellschaft von Klonen, die mich in dieser schönen neuen Welt (Aldous Huxley, 2013) durch die Stadt trieben. Das aber erforderte im Nachhinein eine Therapie und Begleitung, die nicht nur auf kurzfristigen Erfolg, sondern auf soziale Vernetzung und Nachhaltigkeit baute.

Mein Weg zur EX-IN Ausbildung

Nachdem ein psychoanalytisches Setting, das ich mir auf Grund der Psychotherapeuten-Situation in den Neunzigerjahren nicht wirklich ausgesucht hatte, vor meiner ersten Psychose gescheitert war – die Psychiaterin, die es durchführte, blickte während der ersten Befragung rauchend hinter einem Jugendstilschreibtisch auf den Sessel herab – brauchte ich keine Angst mehr vor weiteren Formen selbstgerechter therapeutischer Maßnahmen, die ich dort längere Zeit erlebt hatte, zu haben. Durch die Zeit des Stillstands im Betreuten Wohnen war der zweite Anlauf einer Psychotherapie vor allem mein eigener Wunsch. So startete ich mit 25 Minuten eine Psychotherapie, die meiner damaligen Situation eines auf Neuroleptika eingestellten Patienten entsprach und die sich auf Dauer als ein großes Glück erwies.
Dies bestand darin, dass mit der EX-IN Ausbildung etwas begann, das einem persönlichen Neuanfang gleichkam, so als könnte ich einen Strich unter das vergangene Leben ziehen. Zum einen kam ich für den Zeitraum eines Jahres für mehrere Tage im Monat in eine neue Umgebung und zum anderen wurde aus meiner Therapeutin auch die Vertrauensperson, die wir als Trainer den EX-IN Teilnehmern zur Bewältigung von möglicherweise während des Kurses auftretenden Krisen nahe legen.
In diesem Zusammenspiel entstand so etwas wie eine gegenseitig, aufeinander bezogene wache Neugierde, die einhergehend mit der endlich wieder gewonnenen Zuversicht, die Voraussetzung jedes Veränderungswillens des Menschen ist. Keine Genesung ohne Hoffnung auf Genesung.

Empowerment ist ein Modul bei EX-IN und deutet daraufhin, dass die Psychotherapie sich Fragen öffnen muss, die sich nicht nur dem Inneren des Menschen zuwenden, sondern auch Relevanz für unser Gemeinwesen haben

In der in der Therapie stattfindenden Arbeit hatte ich sowohl das Gefühl, selbst das Heft in der Hand zu halten, als auch emotional gehalten zu werden, wenn etwas nicht mehr weiterzugehen schien, wie dies beim Versuch das Rauchen aufzugeben, zunächst der Fall war.

Der therapeutische Wert von EX-IN als Auftrag zur Zusammenarbeit

Der Abbau von Bildungshierarchien in den EX-IN Gruppen durch die Entstehung und Aneignung von Erfahrungswissen, das dort mindestens so sehr erspürt wie im Tandem gelehrt wird, kann dazu führen, dass Körper und Geist sich anders zueinander verhalten. Es geht nämlich nicht nur mehr darum, ausschließlich die Kopfarbeit des Menschen erfahrbar zu machen, sondern auch in seiner Umgebung dessen Habitus (Pierre Bourdieu, 1997), der sich als ein konkret wahrnehmbarer in die Tradition vergangener Generationen stellt.
Wenn in den EX-IN Kursen die Teilnehmer in den Modulen ihre Recoverygeschichte vortragen, dann reflektieren sie sich oft als Wesen, das einen sozialen Körper hat, der in der Gemeinschaft der Psychiatrieerfahrenen angestoßen nach außen hin Wirkung erzielt.
Empowerment ist nicht nur ein Modul bei Ex-IN, sondern deutet auch als ein Motor der Bürger- und Menschenrechtsbewegung daraufhin, dass die Psychotherapie sich Fragen öffnen muss, die sich nicht nur dem Inneren des Menschen zuwenden, sondern auch Relevanz für unser Gemeinwesen haben (Heiner Keupp, 1998).
Wir haben zunehmend Menschen im Kurs, die durch Erfahrung von Ausnahmezuständen wie Gewalt ein eigenes und oft noch verschüttetes (vor-) therapeutisches Wissen haben.
So werden die Teilnehmer des EX-IN Kurses am Bodensee (2019) von einem Chor zum Ritual ihrer Recoverygeschichte begleitet.

I am here
to release all of my fears
come to peace with all my tears
and remember
what means to be alive

Sie erleben dann dieses eigene, lebendige Vortragen im Kreis der Kursteilnehmer*innen oft als eine Art „Coming out Proud“ (Erhebung), einer Würde zu sich selbst zu stehen (Nikolas Rüsch, 2019). Das Stigma der eigenen Erkrankung kann dann abfallen wie Schlacke.
Das ist eine unglaubliche Befreiung. Gerade auf der Basis von Recoverygeschichten entstehen neue therapeutische Entwürfe (Ziaboni/Schulz, 2017).
Wenn aus traumatisierten Menschen, die jahrelang von einer zur nächsten psychiatrischen Einrichtung geschickt wurden, Trauma-Experten werden, die durch ihre Überlebenskunst neue Bewältigungsstrategien entwickelt haben, dann könnte sich auf der Basis von EX-IN auch im Bereich der Zusammenarbeit mit Therapeuten etwas Neues ergeben. Sie würde getragen von einer Bildung, die oft erst in der Krise entstanden ist (Julia Kistner, 2019a).
Die Erfahrung zu machen, jenseits besuchter Anstalten und Einrichtungen Bildung gepaart mit Bewegung zwar mit Ansporn, aber ohne Hierarchie vermittelt zu bekommen – ein gutes Beispiel ist hier therapeutisches Reiten – kann dazu verhelfen, erlittene Niederlagen in wichtigen Lebensbereichen zu korrigieren und das Bedürfnis erzeugen, ungerechtfertigte Ungleichheiten zu verändern.
Die Macken des Pferdes sind manchmal auch diejenigen des Reiters. Erkennst du dich wieder? (Julia Kistner, 2019b)

Es gelang mir in meiner Therapie nicht nur die Nikotinabhängigkeit hinter mich zu lassen, um es meiner Therapeutin gleich zu tun, sondern auch die Fesseln der in ihrer helfenden Wirkung oft überschätzten Pharmakotherapie zu lösen.
Die Unterstützung überschaubarer Projekte durch meine Psychotherapeutin, wie eine Medikamentenreduktionsgruppe von Menschen mit Psychosen, die ich gemeinsam mit einem ehemals niedergelassenen Psychiater und nach einem Volkshochschulkurs im Rahmen von Recovery College moderiere, gab mir die Möglichkeit, mich gemeinsam mit anderen auszuprobieren und dabei nach dem EX-IN Vorbild die Tandem Moderation mit anderen Kolleginnen vorzuleben.

Tandem Erfahrungen mit der Psychoedukation

Ich gehe außerdem seit drei Jahren einmal in der Woche vormittags auf die

Psychose-Station einer nahe gelegenen Klinik, unterrichte dort gemeinsam mit Psychologinnen, die sich am Ende der Therapeutenausbildung befinden, eine Psychoedukation für Psychosen, die wir je nach Beschaffenheit der Gruppe immer wieder neu gestalten.
Durch eine größtmögliche Unabhängigkeit von einem vorgegebenen Manual erreichen wir die Fragen der Patienten, ohne dass sie eine fertige Antwort vorgelegt bekommen. Das Projekt wurde von Anfang an angenommen, weil es zeigte, wie man durch das Gleichgewicht von Erfahrungswissen und Profiwissen das Thema psychische Gesundheit bei den Patienten wirksam werden lassen kann. Die Teilnehmer waren und sind die wichtigsten Akteure. (Sebastian von Peter, Antje Wilfer, Andreas Gervink 2019)
Als wir Maslows Gesundheitspyramide besprachen, bemerkte ein Patient, dass er sich noch nie so direkt aufgefordert gefühlt habe, mit anderen über seine eigenen Bedürfnisse zu sprechen, die selbstverständlich auch dann fortdauern, wenn man sich krisenbedingt in einer Psychiatrie befindet. Das sei ihm bisher noch nie so klar geworden. Wir überraschten die Patienten auch dadurch, in dem wir sie aufforderten, doch erst einmal die Gruppe zu fragen, wenn sie von uns etwas wissen wollten. Lernprozesse ohne die überheblichen Frage- und Antwortspielchen erzeugen Zufriedenheit und Genugtuung.
Es sprach mich ein ehemaliger Patient außerhalb der Klinik an, es habe ihm vor allem gut getan, dass wir die Patienten ermutigt hätten, voneinander zu lernen und sich gegenseitig zu beraten. Oft stehen psychiatrische Kliniken diesem Gebrauch der Selbsthilfe in Lebensfragen skeptisch gegenüber.
Einmal forderten wir die Patienten dazu auf, uns die Frage zu beantworten, was eigentlich alles bisher gut an ihrer Erkrankung gewesen sei, und verließen den Raum. Wir erhielten als Antwort auf der Flipchart groß angeschrieben den Satz: So könnte es mit der Genesung gehen! Fast wie in einer Werkstatt.

Sich gegenseitig Akzeptanz zu verschaffen, ohne die Glaubwürdigkeit gegenüber den Patienten zu verlieren: Das erschien uns wichtig zu sein. Ich bemerkte mit den unterschiedlichen Psychotherapeutinnen in unterschiedlichen Phasen des Projekts, dass wir immer wieder versuchten, uns auch auf die Stärken einer strukturierten Psychoedukation einzulassen, um sie auf dem höchsten Punkt in Frage zu stellen und dann fallen zu lassen. (Christiane Grabe/ Andreas Jung 2019)
In dem viel zu wenig gelesenen Roman „März“ des Psychiaters und Schriftstellers Heinar Kipphardt, beschreibt der zweifelnde und junge Psychiater, der sich dort sehr empathisch um den Zugang zu einem künstlerisch begabten Schizophreniepatienten bemüht, dieses Vorgehen so:
„Die besseren Psychiater gehen davon aus, dass ihre therapeutische Arbeit darin besteht, die falschen, subjektiven Perspektiven des Patienten in die richtigen, objektiven des Therapeuten zu verwandeln. Dies sind aber die Perspektiven unserer kranken Gesellschaft. Ich kann dem Schizophrenen nur nahe kommen, wenn ich mich wenigstens frage, ob er mir nicht mehr über die innere Welt beibringen kann als ich ihm. Da bin ich auf dem Weg zu ihm.“ (Heinar Kipphardt, 1978)

Gemeinsam auf Genesung hoffen

Unsere gemeinsame Professionalität bestand darin, dass wir als EX-INler und Profis versuchten, den Patienten die Möglichkeit einer ambulanten Psychotherapie zu eröffnen, bei der zur Verbesserung der Lebensqualität, den subjektiven Erklärungsmodellen Raum gegeben wurde.

Wünschenswert erschien es mir, dass wir auf der Basis flacher Hierarchien Tandems bilden, die bei Angehörigenbesuchen in ein trialogisches Gespräch gehen.

Je wertschätzender die Darstellung der unterschiedlichen Therapieangebote in der Psychoedukation war, um so einfacher entwickelte sich das Gespräch der Patienten mit uns und umso besser waren diese auf ein Erstgespräch mit dem von ihnen ausgesuchten Therapeuten vorbereitet. Eine Überlegung war es, dass die Patienten, die einen Psychotherapeuten suchten, entweder nach ihrer Entlassung tagesklinisch die gewendete „Psychoedukation“ weiter besuchen konnten, oder sie Anspruch darauf hatten, so lange von einem Genesungsbegleiter unterstützt zu werden, bis sie einen geeigneten Therapeuten gefunden hatten. Damit würde die oft erhebliche Wartezeit sinnvoll gestaltet werden.
„So könnte es gehen“. Das ist erst einmal eine Vision.

Angekommen

In unseren EX-IN Kursen in Marburg fragen wir bei den Bewerbungsgesprächen nicht nur nach einer Psychiatrieerfahrung, sondern auch nach der oft genauso wichtigen Psychotherapieerfahrung und sprechen mit den Teilnehmern darüber. Psychotherapie hat genau wie die Arbeit der anderen Berufsgruppen auch im Klinikalltag einen eigenen Stellenwert, der in einigen Kliniken erfreulicherweise zunimmt. Ich habe die Berufsgruppe der Therapeuten auf Grund ihrer sozialen Mittellage, vor allem bei den sich in Ausbildung befindenden klinischen Psychologen, als besonders empathisch und reformfreudig erlebt. Durchaus wünschenswert erschien es mir heute, dass wir gemeinsam mit ihnen auf der Basis flacher Hierarchien Tandems bilden, die z.B. bei Angehörigenbesuchen auf Wunsch der Patienten in ein trialogisches Gespräch gehen.
Vielleicht gelangen sie dann auf der Suche nach einem Psychotherapeuten mit ihrem Genesungsbegleiter zu einer Psychoedukation ganz anderer Art: Nämlich in das Stück „März“ von Heinar Kipphardt, aufgeführt in der Schaubühne am Lehniner Platz in Berlin: „Elektroschocktheater zum Mitfühlen.“ So berichtet die Süddeutsche Zeitung 2019. Es sind noch Plätze frei.

Literatur

Bourdieu, Pierre (1997): Der Tote packt den Lebenden, Habitus und Feld Frankfurt.

Grabe, Christian u. Jung, Andreas (2019): Stigma, Barrieren und Vorschläge zu deren Überwindung. In Katharina Ratzke, Wolfgang Bayer, Svenja Bunt (Hg): Inklusion für die gemeindepsychiatrische Praxis, Köln

Huxley, Aldous Huxley (2013): Schöne neue Welt, Frankfurt

Keupp, Heiner(1998): Der Mensch als soziales Wesen, München

Kipphardt, Heinar (1976): März (Roman) , Hamburg

Kistner, Julia (2019): Fortbildungen zum Thema Trauma in Zusammenarbeit mit Prof. Christoph Mulert, UKGM Gießen

Kistner, Julia (2019): Pferde als Therapeuten, Sozialpsychiatrische Informationen

Rüsch, Nicolas (2019): In Würde zu sich selbst stehen, Stuttgart u. New York

Süddeutsche Zeitung Feuilleton, 21.02.2019

Sulezle, Andrea (2019): Sie hat mir diese Musik nahe gebracht, Biberach

Von Peter, Sebastina; Wilfer, Antje u.Gervink, Andreas (2019): Recoveryorientierte Gruppenarbeit für Menschen mit Psychoseerfahrungen, Köln

Ziaboni/Schulz (2017): Die Hoffnung trägt, Köln

Psychosen – systemisch verstehen – psychotherapeutische Zugänge

Von Gerhard Dieter Ruf

Die systemische Therapie geht davon aus, dass psychiatrische Symptome eine Funktion im sozialen System (z.B. in der Familie) erfüllen und dass sie dadurch Sinn ergeben. Zugrunde liegende problematische Denk- und Kommunikationsmuster erhalten die Symptomatik aufrecht. Dabei steht bei bipolaren Störungen eine Angst vor Verlust der Familie, bei Schizophrenien eine Angst vor Schuld und Verantwortung und bei schizoaffektiven Störungen eine Angst vor Niederlagen im Vordergrund. Die Einführung neuer Sichtweisen kann die Denk- und Handlungsoptionen der Patienten und ihrer Familien im Umgang mit diesen angstbesetzten Themen erweitern und bisher unbewusste Fähigkeiten aktivieren.

Gerhard Dieter Ruf
Facharzt für Neurologie u. Psychiatrie, Psychotherapie, Lehrender für Systemische Therapie u. Beratung (DGSF) am Bodensee-Institut für Systemische Therapie u. Beratung, Lehrbeauftragter Fachhochschule f. Soziale Arbeit Bern. Zentrum f. Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie, Asperg, Mail: gdruf@psych-asperg.de

Foto: anja mai fotografie

Einleitung

In (sozial-)psychiatrischen Kontexten wird häufig ein neurobiologisches Defizit als Ursache von Psychosen angenommen und die Behandlung vorrangig als medikamentöse Unterstützung und sozialpsychiatrische Hilfe zur Selbsthilfe gesehen. Der Beobachtungsrahmen wird dabei auf das Individuum begrenzt, das wegen der angenommenen Defizite nicht für verantwortlich für seine Symptome gehalten wird.
Gegen diese einseitige, linear kausale Sichtweise psychotischer Störungen mehren sich seit Jahren zunehmend Forschungsergebnisse, die auch auf die Bedeutung des sozialen Umfelds und der individuellen Denk- und Verhaltensmuster hinweisen. Basierend auf der Systemtheorie Luhmanns (1984), wurden systemische Konzepte für Beratung und Psychotherapie entwickelt, die von einer Metaebene aus auf die Wechselwirkungen zwischen Patienten, Familien und (sozial-)psychiatrischem Helfersystem fokussieren und auch den Prozess der Diagnosestellung relativieren (Ruf 2005).

Psychische Krankheit aus systemischer Sicht

Von einer Metaebene aus betrachtet, werden psychische „Störungen“, „Krankheiten“ oder Diagnosen als Zuschreibungen eines Beobachters aufgefasst, quasi als Etiketten für bestimmte Verhaltensweisen, die von einer Norm abweichen, von der Gesellschaft als „Symptome“ bezeichnet und dem medizinischen System zugeordnet werden, weil sie mit Leiden verbunden sind. Diese Symptome können aus systemischer Sicht als eine Reaktion auf Veränderungen in der Umwelt oder auch im System selbst angesehen werden, also als eine gewisse Lösung eines (für die Klienten vielleicht unbewussten) Problems. Zur Aufrechterhaltung der Symptome tragen oft zirkuläre (Rückkopplungs-) Prozesse bei.

In der systemischen Therapie sucht man nun nach eben diesen Problemen, für die die psychotische Symptomatik eine Lösung darstellen könnte. Da Probleme grundsätzlich Konstrukte des psychischen Systems sind, erfolgt auch die Problemsuche in der systemischen Therapie im Rahmen einer von Therapeuten und Patienten gemeinsam gestalteten Wirklichkeitskonstruktion (Schleiffer, 2012).

Diese Suche nach den zugrunde liegenden Problemen geschieht durch Erweiterung des Beobachtungsrahmens vom Individuum auf das soziale Umfeld. Mit zirkulären Fragen können von den Familienmitgliedern Informationen über Denk- und Verhaltensmuster, d.h. über zirkuläre Prozesse im psychischen und sozialen System, erfragt werden: *„Was hat sich durch die Psychose in der Familie verändert? Angenommen, Sie würden die Wahnideen und inneren Stimmen Ihres Sohnes als Ausdruck eines inneren Rückzugs und nicht als Folge einer erblichen Krankheit sehen, welche Konsequenz hätte das für Ihr Familienleben?“*

Die systemische Haltung fokussiert auf die Ressourcen und wahrt eine Neutralität bzgl. der Erklärungen für die Störung (Konstruktneutralität), bzgl. der Frage, ob Veränderung oder Nicht-Veränderung besser seien (Veränderungsneutralität) und bei Familiengesprächen bzgl. der Meinungen der verschiedenen Familienmitglieder (soziale Neutralität) (Retzer 2004).

Bipolare affektive Störungen

Bei Patienten mit der Diagnose einer bipolaren affektiven Störung kann oft eine besondere Angst vor Verlust oder Trennung von der Familie beobachtet werden (Ruf 2017).

Wegen der Idee, Konflikte würden Beziehungen zerstören und man sei ohne Familie nicht lebensfähig, vermeidet man Konflikte und geht bei Meinungsverschiedenheiten oft einen Pseudokonsens ein. Dadurch lernt man natürlich auch nicht, konstruktiv zu streiten, was zirkulär wiederum die Idee, man sei ohne Familie nicht lebensfähig, verstärkt. Es liegt eine harte Beziehungsrealität (Stierlin 1981) vor: Man weiß, was richtig ist, und es gibt klare Regeln. Wegen der starren Normen findet man bei Bedrohungen der familiären Harmonie nur die Lösung eines depressiven inneren Rückzugs mit weiterbestehender Nähe zur Familie. Wer diesen irgendwann nicht mehr aushält, wirft die Normen völlig über Bord und flieht in die extreme Distanz der Manie. Zur Aufrechterhaltung und Chronifizierung trägt die Einordnung der Störung als „Krankheit" bei. Vor allem manische Verhaltensweisen würden von Angehörigen nicht toleriert, wenn sie von absichtlichem und steuerbarem Verhalten ausgehen würden. Die beiden Pole des Zentralkonflikts zwischen Nähe und Distanz werden in wochenlangen Episoden zeitlich nacheinander geordnet (diachrone Dissoziation, Retzer 2004).

Therapeutisch steht eine Besprechung der Funktion der Symptome im Vordergrund: *„Was hat sich durch den depressiven Rückzug / die Manie in der Familie verändert? Wozu war das gut?"* Man kann die Patienten ermutigen, die Ungleichzeitigkeit des Nähe- und Distanzverhaltens aufzugeben und Gleichzeitigkeit auszuprobieren durch depressiven Rückzug in der manischen Phase oder manische Aktivität in depressiven Phase. Wenn die Familie bereit ist, familiäre Muster zu hinterfragen, kann man Angehörige raten lassen, wann das gezeigte Verhalten gespielt und wann es echt sei. Man kann durchsprechen, welche Bedeutung und welche Konsequenzen es hätte, wenn man von bewusstem statt von krankhaftem Verhalten des Patienten oder der Patientin ausgehen würde, und überlegen, welche Sichtweise für wen besser wäre. Die harte Beziehungsrealität kann durch eine geäußerte Ambivalenz der Therapeutin bzw. des Therapeuten oder durch Team-Splitting aufgeweicht werden. Wenn die Symptome in der Vergangenheit für familiäre Probleme eine (nicht optimale) Lösung darstellten, kann man „für zukünftige Notfälle" erfragen, was die Patienten tun müssten, um wieder eine depressive oder manische Episode zu provozieren.

Schizophrenien

Bei Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie kann eine Angst vor Schuld und Verantwortung beschrieben werden mit Ausstieg aus der sinnhaften Kommunikation, Wahn, Stimmenhören, psychotischem Verhalten und Rückzug in eine eigene innere Welt (Ruf 2014).

„Verhalten Sie sich montags, mittwochs und freitags immer so, wie Ihre Mutter es von Ihnen erwartet! Dienstags, donnerstags und samstags verhalten Sie sich entsprechend der Erwartungen Ihres Vaters!

Aus Angst vor Schuld werden Verhaltensweisen vermieden, die schuldig machen könnten, z.B. Abgrenzung oder Nein-Sagen. Weil man dann nicht lernt, mit den Reaktionen der anderen auf Abgrenzung umzugehen, werden in einem zirkulären Prozess Angst und Vermeidungsverhalten immer größer. Eine problematische Schwelle stellt meist die Ablösung vom Elternhaus dar. Wenn Jugendliche den eigenen Bedürfnissen folgen, sich ablösen und Kontakte zum anderen Geschlecht aufnehmen, werden die Eltern zwangsläufig immer wieder zurückgewiesen und ihre Erwartungen enttäuscht. Betroffene ertragen das nicht und versuchen, es gleichzeitig sich selbst, den Eltern und vielleicht der Freundin recht machen (synchrone Zeitorganisation, Retzer 2004). Die ganze Familie legt sich in der Kommunikation nicht fest und vermeidet einen Konsens über Regeln und Positionen (weiche Beziehungsrealität, Stierlin 1981), um keine Verantwortung übernehmen zu müssen. Drohende Konflikte (in der Familie oder auch in sozialpsychiatrischen Einrichtungen) werden vermieden durch inneren Rückzug, bis Betroffene nicht mehr zwischen Wahn und Wirklichkeit unterscheiden können und eigene Gedanken als innere Stimmen hören. Die Deutung der Symptome als psychische Krankheit führt zu einer Lösung, weil sie in ihrer inneren Welt des Wahns autonom bleiben und gleichzeitig von Schuld freigesprochen werden. Die familiäre Kommunikation dreht sich dann um die Krankheit, und andere familiäre Probleme treten in den Hintergrund. Oft wird das psychotische Mitglied mit der Zeit aus der familiären Kommunikation ausgeschlossen (Exkommunikation, Retzer 2004).

Aus Angst werden Verhaltensweisen vermieden, die schuldig machen könnten, z.B. Nein-Sagen. Weil man nicht lernt, mit den Reaktionen der anderen umzugehen, werden Angst und Vermeidungsverhalten immer größer.

In der systemischen Therapie wird der Gewinn und der Preis einerseits des psychotischen Verhaltens mit Krankheitsetikett und andererseits einer Verantwortungsübernahme für Entscheidungen, die möglicherweise anderen schaden könnten, balanciert: *„Wozu ist der Rückzug aus der Kommunikation gut? Was wäre das Risiko einer Abgrenzung von den Eltern? Wie würde die Familie reagieren, wenn sich herausstellen würde, dass der Patient / die Patientin den inneren Rückzug auch unterlassen könnte? Für wen wäre das gut, für wen nicht?"* Wenn familiäre Konflikte durch die Symptome in den Hintergrund treten, kann man die Aufgabe geben, der Patient oder die Patientin solle immer dann, wenn Konflikte in der Familie drohen, sagen, er bzw. sie höre innere Stimmen. Nach dieser paradoxen Symptomverschreibung (Selvini Palazzoli et al. 1975) kann das Muster nicht mehr unbewusst ablaufen, und man kann sich in der Therapie auf die Lösung der dann meistens zutage tretenden Konflikte konzentrieren. Durch eine Externalisierung kann das bisher im Individuum lokalisierte Problem nach außen verlagert und damit handhabbarer gemacht werden: *„Wenn Ihre Psychose ein Mensch wäre, wäre sie ein Mann oder eine Frau? Wenn die Normalität ein Mensch wäre…?"* (Retzer 2004). Die synchrone Zeitorganisation kann diachronisiert werden durch Einführung eines zeitlichen Nacheinander in einem Ritual: *„Verhalten Sie sich montags, mittwochs und freitags immer so, wie Ihre Mutter es von Ihnen erwartet! Dienstags, donnerstags und samstags verhalten Sie sich entsprechend der Erwartungen Ihres Vaters! Sonntags haben Sie frei."* Dem Bedürfnis nach

einer Sinnsuche in der Psychose (Bock, Klapheck u. Ruppelt 2014) kann durch hypothetische Fragen stattgegeben werden: *„Angenommen, die inneren Stimmen würden einen Sinn machen, was könnte dieser sein? Angenommen, Ihre Befürchtungen vor der Mafia wären nicht gerechtfertigt, sondern Folge von übersteigerten Ängsten, wozu könnten sie gut sein?“* Chronifizierte Symptome können (in der Familie oder in sozialpsychiatrischen Kontexten) positiv umgedeutet werden: *„Sie haben sicherlich gute Gründe, sich mir jetzt unverständlich zu zeigen. Sie brauchen vorerst noch Ihren inneren Rückzug. Die Klinik ist für Sie wichtig zur Entlastung.“* Eine Rückfallprophylaxe kann erfolgen durch Vorwegnahme des Vermeidbaren: Man erfragt, wie es der Patient bzw. die Patientin schaffen könnte, wieder in einen psychotischen Zustand zu kommen. So lernen Patienten und Familien schrittweise, Verantwortung zu übernehmen und die Risiken veränderter Verhaltensweisen auf sich zu nehmen.

Durch Stellen zirkulärer Fragen und durch Vermeiden von Antworten oder durch gesplittete Botschaften stört der Therapeut die Wirklichkeitskonstruktion der Familie, es gäbe objektiv richtige Sichtweisen und Positionen.

Schizoaffektive Störungen

Eine schizoaffektive Störung wird diagnostiziert bei gleichzeitigem Vorhandensein schizophrener und depressiver oder manischer Verhaltensweisen. Hier ist die therapeutische Beschreibung einer Angst vor einer Niederlage bei Auseinandersetzungen hilfreich (Ruf 2014).

Betroffene und ihre Familienmitglieder kennen oft nur Macht oder Ohnmacht und keine Grautöne dazwischen. Sie haben Angst, eine Niederlage bei Auseinandersetzungen nicht verkraften zu können. Es ist ihnen auch nicht möglich, Konflikte nicht lösen zu wollen oder unentschieden zu lassen, da dies auf eine Niederlage hinauslaufen würde. Häufig liegt in symptomfreien Zeiten eine harte Beziehungsrealität mit einem manisch-depressiven Muster vor. In häufigen Streitgesprächen geht es um Rechthaben und Sieg. Da man aus der Innenperspektive das Entweder-oder-Muster im Kampf um die Macht nicht aufgeben kann, münden ausweglose oder ausweglos erscheinende Eskalationen schließlich in eine unklare, schizophrene Kommunikation mit weicher Beziehungsrealität und in einen inneren Rückzug der Betroffenen mit Wahnideen oder Stimmenhören. Eine stationäre Einweisung bringt dann eine Entlastung durch die räumliche Distanz zum Umfeld (dissoziative Deeskalation, Retzer 2004).

In der systemischen Therapie werden die Funktion der Symptome und das Risiko der Symptomaufgabe besprochen. Konflikte können durch pragmatische Lösungen enttotalisiert werden, z.B. vorläufige Entscheidungen zu treffen, die jederzeit revidiert werden können. Bei der Familientherapie ist eine soziale Neutralität wichtig und sollte immer wieder überprüft werden: *„Wie könnte ich es erreichen, dass Ihr Mann glaubt, ich stehe eher auf Ihrer Seite? Was müsste ich tun, damit Ihre Frau denkt, ich würde für Sie Partei ergreifen? Wer von Ihnen wird es mir als erster bekannt geben, wenn er mich als parteilich erlebt?“* Durch Stellen zirkulärer Fragen und durch Vermeiden von Antworten oder durch gesplittete Botschaften (Team-Splitting) stört der Therapeut bzw. die Therapeutin die Wirklichkeitskonstruktion der Familie, es gäbe objektiv richtige Sichtweisen und Positionen: *„Wir haben gerade im Team über Ihr Problem diskutiert und konnten uns nicht einigen; ein Teil der Kollegen meinte, Sie sollten…; andere Kollegen hielten das aber für falsch und empfahlen stattdessen…“* Eskalierenden Konflikten kann man durch Herstellen einer Außenperspektive begegnen: *„Angenommen ich würde den besten Freund Ihrer Familie fragen, wie er Ihre Beziehung sieht, was würde er mir sagen? Angenommen ein Kameramann hätte bei Ihnen einen Film gedreht, was wäre jetzt auf dem Film zu sehen?“*

Fazit

Ein Perspektivenwechsel von der defizitorientierten psychiatrischen zu einer ressourcenorientierten systemischen Sichtweise mit Erweiterung des Beobachtungsrahmens kann die Funktion psychiatrischer Symptome im Umfeld erhellen und bisher unbewusste Fähigkeiten bewusst machen mit der Folge zum Teil rascher Remissionen. Bei diesem Prozess steht die Person des Patienten bzw. der Patientin oder die Familie mit ihren Wünschen und Zielen im Mittelpunkt.
Systemische Therapie ist gut evaluiert und reduziert das Rückfallrisiko und die Symptomatik bei psychotischen Störungen (v. Sydow, Beher, Retzlaff u. Schweitzer 2007).

Literatur

Bock, T., K. Klapheck u. F. Ruppelt (2014): Sinnsuche und Genesung. Erfahrungen und Forschungen zum subjektiven Sinn von Psychosen, Köln.

Luhmann, N. (1984): Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie, Frankfurt a. M.

Retzer, A. (2004): Systemische Familientherapie der Psychosen, Göttingen/Bern/Toronto/Seattle.

Ruf, G.D. (2005): Systemische Psychiatrie. Ein ressourcenorientiertes Lehrbuch, Stuttgart.

Ruf, G.D. (2014): Schizophrenien und schizoaffektive Störungen, Heidelberg.

Ruf, G.D. (2017): Bipolare Störungen, Heidelberg.

Schleiffer, R. (2012): Das System der Abweichungen. Eine systemtheoretische Neubegründung der Psychopathologie, Heidelberg.

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin G. u. Prata, G. (1975): Paradoxon und Gegenparadoxon, Stuttgart.

Stierlin, H. (1981): Die „Beziehungsrealität“ Schizophrener. Psyche 35, 49–65.

Sydow, K. von, Beher, S., Retzlaff, R. u. Schweitzer, J. (2007): Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/ Familientherapie, Göttingen/Bern/Wien/Toronto/Seattle/Oxford/Prag.

Stationäre psychodynamische Psychotherapie auch als Akutbehandlung

Die stationär-psychodynamische Behandlung von erwachsenen Patientinnen und Patienten auch mit psychosenahen und psychotischen Störungen hat in der Klinik Tiefenbrunn eine lange Tradition. Das multimodale Therapiekonzept wird näher dargestellt sowie die Notwendigkeit, individuell auf die Bedürfnisse und Belastbarkeit der Patientinnen und Patienten einzugehen. Es wird veranschaulicht, dass die Psychotherapie auch in der Akutbehandlung einen sehr hohen Stellenwert besitzt und nicht durch eine medikamentöse Behandlung ersetzt, sondern lediglich ergänzt werden sollte.

Bettina Mardus
Dr. med, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie/Oberärztin im Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn, 37124 Rosdorf

Die Klinik Tiefenbrunn liegt idyllisch. So viel Natur prädestiniert für eine lange psychotherapeutische Tradition. So wurde hier von Heigl und Heigl- Evers die psychoanalytisch-interaktionelle Methode zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit strukturellen Störungen entwickelt, deren Schwierigkeiten sich vor allem im Verhalten und im Zusammenleben mit anderen Menschen zeigen (Streeck und Leichsenring 2015). Hier begann 1991 Michael Dümpelmann mit der Planung und Implementierung der stationär-psychodynamischen Behandlung von Psychosen und gehörte damit zu den Vorreitern sowie Vorreiterinnen auf diesem Gebiet. Die therapeutische Begleitung von Menschen mit oft traumatisierenden Erfahrungen zu stabilisieren und in ihrer Entwicklung zu fördern, wie auch der Neuerwerb oder die Zurückgewinnung verloren gegangener Fähigkeiten, stehen dabei im Zentrum unserer Arbeit und münden idealiter in einer Neuorganisation des Kontextes alter, häufig traumatisierender Erfahrungen. Körperlich-biologische Prozesse, beeinträchtigte innerseelische Strukturen und Funktionen sowie die interpersonellen Beziehungen der Patientinnen und Patienten werden als interagierend verstanden (vgl. Dümpelmann 2018). Die Station „Sonnenhaus“ verfügt über 18 Plätze. Der Schwerpunkt liegt auf der Behandlung erwachsener Patientinnen und Patienten mit psychosenahen und psychotischen Störungen, Persönlichkeitsstörungen, affektiven und hier speziell bipolaren Störungen sowie Zwangserkrankungen. Diese Einteilung nach ICD-10-Kategorien verschafft einen Überblick, das Störungsverständnis ist aber dimensional: Welche individuellen psychischen Fähigkeiten und Funktionen, etwa Affekttoleranz oder das Erleben von eigenen psychischen Grenzen, wurden im Laufe der biografischen Entwicklung behindert? Welche stehen aktuell nicht ausreichend zur Verfügung und wodurch kam dies zustande?

Das individuell angepasste multimodale Therapiekonzept

Das multimodale Therapiekonzept beinhaltet neben Einzeltherapie und psychoanalytisch – interaktioneller Gruppentherapie verschiedene Elemente, die im Folgenden ausgeführt werden. Direkt nach der Aufnahme wird jeder Patientin und jedem Patienten, neben der Einzeltherapeutin oder neben dem Einzeltherapeuten, eine Bezugspflegeperson zugeordnet, die sich regelmäßig mit der Patientin oder dem Patienten trifft. Auf individuelle Bedürfnisse und Belastbarkeit der Betroffenen angepasst, sind dies entweder ein längerer oder mehrere kürzere Termine pro Woche, dies kann auch innerhalb der Behandlungszeit variieren. Hier werden mit der Einzeltherapeutin oder dem Einzeltherapeuten Inhalte abgestimmt und an aktuellen Alltagsproblemen sowie an konkreten Themen des jeweiligen Behandlungsfokus gearbeitet.
Bei Patientinnen und Patienten mit Angst vor Nähe und Kontakt, insbesondere bei akut psychotischen Patientinnen und Patienten, sind gerade zu Beginn des Aufenthaltes lockere therapeutische Einzelkontakte, etwa in Form von Spaziergängen, sehr hilfreich, um in ungezwungener Atmosphäre mehr Variabilität innerhalb dessen sowie einen langsamen Beziehungsaufbau zu ermöglichen. Hierbei wird mit dem „Gegenüber“ ein „Miteinander“ erlebt, da der Blick in die gleiche Richtung gewählt ist. Gleichzeitig lässt sich der Abstand zu einander leichter und vielfältiger variieren als sitzend. Beim gemeinsamen Beobachten von Tieren und Natur lässt sich ungezwungener sprechen - oder auch schweigen (Mardus et al. 2019). Da insbesondere während einer akuten Psychose die „üblichen“ therapeutischen Gespräche häufig als bedrohlich und zu intrusiv erlebt werden, gehen öfter auch die Einzeltherapeuten oder Einzeltherapeutinnen mit den Patientinnen und Patienten zunächst spazieren, um einen langsamen Vertrauens- und Kontaktaufbau zu etablieren. Spärlich sind oft die Informationen, die die Patientinnen und Patienten uns anfangs über ihre Symptomatik und Biografie anvertrauen. Auch hier ist Geduld ein wichtiger Faktor. Bei den Betroffenen muss die Gewissheit entstehen, selbst über die eigenen Grenzen bestimmen zu dürfen, da sie oft massiven Gefühlen von Ohnmacht und Bemächtigung ausgeliefert waren. Dies muss nicht nur erkannt, sondern auch in der Praxis des therapeutischen Settings beachtet und respektiert werden. Entsprechend grundlegend für einen erfolgreichen Beziehungsaufbau mit dadurch erst möglichem Therapieerfolg ist die tolerante Haltung des Therapeutenteams, bei gleichzeitiger Klarheit und Begrenzung.

„Grenzen und Kontakt“ – Arbeit mit dem Körper und körperbezogenes Erleben

Verschiedene Körpertherapieangebote sowohl im Gruppen- wie auch im Einzelsetting fokussieren die nonverbale Kommunikation. So wird bei der Kör-

pertherapieverordnung „Grenzen und Kontakt“ an den Schwierigkeiten der Kontaktgestaltung gearbeitet. Wie kann es beispielsweise gelingen, Bedürfnisse nach Abstand wahrzunehmen, sie zu kommunizieren und dem Gegenüber zu signalisieren? In akut psychotischen Phasen stellt dies oft eine Überforderung dar, weshalb dann zunächst im Einzelsetting daran gearbeitet wird. In Zusammenarbeit mit dem gesamten Team wird dies sowohl diagnostisch wie auch therapeutisch genutzt, um verbale und nonverbale Therapieelemente sinnvoll und bedürfnisangepasst zu kombinieren. Die Teilnahme an Ergotherapie, Töpfern oder Gestaltung ist davon abhängig, ob das Erfahren der eigenen gestaltenden Wirkmächtigkeit oder eher ein Miteinander auf nonverbaler Ebene im Vordergrund steht. Bei akut psychotischen Patientinnen und Patienten beginnen wir meist mit Ergotherapie, auch im Einzelsetting, wonach der Wechsel zur Gestaltung möglich ist. Auch bei den Entspannungsverfahren achten wir darauf, welches für die oder den jeweiligen Betroffenen am passendsten scheint. Imaginationsübungen, metakognitives Training (Moritz und Woodward 2016), speziell für Patientinnen und Patienten mit psychotischem Erleben, Stresstoleranztechniken sowie sozialtherapeutische Maßnahmen erweitern das therapeutische Angebot. So organisieren wir auch therapeutisch begleitete Arbeitsversuche in Betrieben außerhalb der Klinik, um den Transfer in außerklinische Bereiche zu üben. Morgen- und Abendgruppen, Freizeitgruppen sowie eine wöchentliche Stationsversammlung, an der alle Patientinnen und Patienten und alle Teammitglieder teilnehmen, verstehen wir als wichtiges milieutherapeutisches Instrument. Aufgrund der funktionalen Einbußen, welche sich symptomatisch zeigen, achten wir durchgehend auf mentalisierungsfördernde Interventionen. Gleichzeitig ist zu beachten, die Patientin oder den Patienten weder zu unterfordern noch zu überfordern. Entsprechend können zum Beispiel Patientinnen und Patienten, die an erhöhter Reizdurchlässigkeit leiden, von den Gruppenterminen „befreit“ werden, wir beginnen dann mit kleinschrittigem Aufbau und Gewöhnung an diese Therapieelemente, was das Pflegeteam engmaschig begleitet. In akuten psychotischen Phasen ist insbesondere die „äußere“ Reizabschirmung geboten und meist ein Einzelzimmer sinnvoll. Die Betroffenen werden aufgefordert zu erspüren, wann ihnen ein Kontakt zu viel wird, und sich zurückzuziehen oder anderweitig von ihrem Gegenüber abzugrenzen. In Gegenrichtung werden aber auch diejenigen, die sich weitgehend zurückziehen, in den Kontakt begleitet, um Möglichkeiten zu erarbeiten, sich im realen Kontakt abzugrenzen. Ob eine zusätzliche medikamentöse Reizabschirmung notwendig ist, entscheiden wir individuell.

Die erfahrungsfokussierte Beratung von Stimmenhörerinnen und Stimmenhörern, einschließlich Maastrichter Interview (Romme 2008), gehört ebenfalls zu unseren Therapieelementen und wird sowohl vom Pflegeteam als auch von den Einzeltherapeutinnen und Einzeltherapeuten übernommen. Dabei sollen biografische Zusammenhänge und Hintergründe verstehbar und gleichzeitig Umgangsmöglichkeiten mit dem Stimmenhören erlernt werden. Erstrebenswert ist es, jeweils die inneren Nöte zu entdecken und gemeinsam mit der oder dem Betroffenen zu verstehen. Wir versuchen, mit den Patientinnen und Patienten sowohl die Hintergründe als auch die Funktion ihrer jeweiligen Symptome zu erarbeiten und diese im weiteren Verlauf möglichst zu modifizieren. Dabei sind sowohl die Erfahrungen der Patientinnen und Patienten in den jeweiligen Therapieverfahren als auch die manifest werdenden Übertragungs- und Gegenübertragungsaspekte von großer Bedeutung.

Förderliche Gruppenerfahrungen

In den Gruppenangeboten wie auch in den Gruppentherapien i.e.S. wird den Therapeutinnen und Therapeuten zugänglich, wie Patientinnen und Patienten ihre Beziehungen zu anderen gestalten und welche Konstellationen sich dabei ergeben. Durch die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie lernen Patientinnen und Patienten zu erfassen, welche Gefühle und Gedanken im anderen entstehen, was ein wichtiger mentalisierungsfördernder Aspekt dieser Verfahren ist. Hierdurch wird die soziale Umwelt transparenter und nachvollziehbarer, gleichzeitig werden Selbstwahrnehmung und Selbstregulierung gefördert. Für Patientinnen und Patienten mit Angst vor sozialen Kontakten ist dies besonders geeignet, da sie befürchten, dass sich frühere Entwertungen und Demütigungen wiederholen. Entsprechend ist der Wunsch nach Nähe und Kontakt mit erheblicher Angst und Vermeidung verknüpft. Die Patientinnen und Patienten sind in ihren sozialen Kompetenzen häufig eingeschränkt und bemerken nicht, wie sie selbst die Beziehungen zu anderen so gestalten, dass sich ihre Befürchtungen bewahrheiten (Alhabbo, 2015). Wie in der psychoanalytisch-interaktionellen Methode beschrieben (Streeck und Leichsenring 2015), beteiligt sich die Therapeutin oder der Therapeut nach dem Prinzip „Antwort“ als zugewandtes Gegenüber an der Gestaltung der therapeutischen Beziehung, indem sie oder er ausgewählt von ihrem oder seinem subjektiven Erleben spricht und so der Patientin oder dem Patienten veranschaulicht, was diese oder dieser im anderen auslösen kann. Wiederholt sollen innere Widerstände dabei aufgespürt, mit den Betroffenen ihre Ängste und Schamgefühle besprochen, sowie mögliches Vermeidungsverhalten durchgearbeitet werden. Nicht selten kommt es im Verlauf nach einem ersten Rückgang der Symptomatik zur erneuten Zunahme psychotischen Erlebens. Dann ist es wichtig, gemeinsam innere sowie äußere Umstände zu erfassen, um ihre Dynamik zu verstehen. Oftmals werden mit den ersten expansiven Schritten, die die Patientin oder der Patient wagt, tiefsitzende Ängste mobilisiert, die therapeutisch bearbeitet werden können und große Chancen bieten, Psychosen in statu nascendi zu verstehen (Mardus 2019).

Konkludierend ist zu betonen, dass in der Akutbehandlung von psychotischen als auch manischen Krisen Psychotherapie einen hohen Stellenwert hat und nicht durch eine medikamentöse Behandlung ersetzt, sondern nur ergänzt werden sollte.

Literatur

Alhabbo, S. Dally, A. & Pausch, S. (2015): Soziale Ängste i. d. stationären Psychotherapie – zwei Kasuistiken, in: Psychodynam. Psychotherapie 14, Heft 2.

Dümpelmann, M. (2018): Psychodynamische Behandlung psychotischer Störungen. Wenn die Grenze der Fall ist, Stuttgart.

Mardus, B. Jaeger, U. Masuhr, O. Fricke-Neef, C. (2019): Selbstunsichere Persönlichkeitsstörungen in der stationären Psychotherapie. Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie, Stuttgart.

Moritz, S. Bohn, F. Veckenstedt, R. Hottenrott, B. & Woodward, T. (2016): Metacognition Study Group. Metakognitives Training für schizophrene Patienten (MKT), Manual. 6. Auflage, Hamburg.

Romme, M. Escher, S. (2008): Stimmenhören verstehen. Leitfaden f. die Arbeit mit Stimmenhörern, Bonn.

Streeck, U. & Leichsenring, F. (2015):, Handbuch psychoanalytisch-interaktionelle Therapie. Behandlung von strukturellen Störungen und schweren Persönlichkeitsstörungen, Göttingen.

Stimmenhören verstehen als Schlüssel zum Recovery in der erfahrungsfokussierten Beratung

Joachim Schnackenberg
PhD, Diplom-Sozialpädagoge-/arbeiter (FH), engl. Fachpfleger für Psychiatrie, EFC Forscher/ Fortbildner/ Berater und Supervisor am efc Institut (www.efc-institut.de). Leitung Stimmenhören und Recovery in der Diakonie Kropp: info@efc-institut.de

Senait Debesay
Staatl. anerkannte Diplom-Heilpädagogin (FH), Heilerziehungspflegerin, EFC Fortbildnerin, Beraterin und Supervisorin am efc Institut. Spezialisiert auf die Abeit mit Kindern und Jugendlichen in einer Kinder- und Jugendlichen psychiatrischen Ambulanz in Hannover.

Christian Feldmann
Genesungsbegleiter in Anstellung, Experte aus Erfahrung, EFC Fortbildner

Das uralte Phänomen des Stimmenhörens erlebt derzeit eine Neuausrichtung in der psychiatrischen Fachdiskussion, die nichts weniger als einer kleinen Revolution gleichkommt. Jahrzehntelang galt das Stimmenhören in bestimmter Form als nicht verstehbares Kernmerkmal einer vornehmlich biologisch definierten Schizophrenie. Heute wissen wir, dass ca. 13,2 % der Allgemeinbevölkerung mindestens einmal im Leben Stimmen hört (Beavan, Read & Cartwright, 2011), dass das Stimmenhören in verschiedenen Diagnosen und der Allgemeinbevölkerung regelmäßig und mit ähnlichen Eigenschaften vorkommt (Baumeister et al. 2017) und dass nur ca. 7,4 % aller Personen die angeben, Stimmen oder ähnliche Erfahrungen zu erleben, auch irgendwann eine Diagnose der Psychose bekommen (Linscott und van Os, 2013). Hinzu kommt, dass mittlerweile eine klare Verbindung zu besonders schwierigen Lebenserfahrungen diskutiert wird, wie z.B. Missbrauch oder soziale Ungleichheiten (Johnstone & Boyle, 2018). Schließlich scheinen Antipsychotika bei längerer Behandlung nur jeder 6. – 11. stimmen-hörenden Person ein wenig zu helfen (Leucht et al., 2009; 2017) und es bleibt unklar, ob sie auf lange Sicht Recovery fördern oder behindern (Sohler et al., 2015). Gleichzeitig wächst das Verständnis für mögliche Langzeitwirkungen der Antipsychotika, wie z.B. Gehirnvolumenreduzierungen oder einem gestiegenen Sterberisiko (Schlimme, Scholz & Seroka, 2018), so dass der Ruf nach Alternativen, auch in der Mainstreampsychiatrie*, zunehmend lauter wird. Eine dieser Alternativen, die zunehmend Interesse weckt, ist der Ansatz der internationalen Stimmenhörbewegung (Schlimme, Scholz & Seroka, 2018), sowie deren individueller Ansatz, der im deutschsprachigen Raum als erfahrungsfokussierte Beratung (engl. Experience Focussed Counselling (EFC)) zunehmend bekannt wird (Schnackenberg & Burr, 2017).

Die Stimmenhörbewegung

Die internationale Stimmenhörbewegung, eine auf den Forschungen von Romme & Escher (2008/2013) basierende Bürgerrechtsbewegung, propagiert einen völlig neuen, normalisierenden, lebenskontextlich verstehbaren, recoveryfördernden, entpathologisierenden Um- und Zugang zum Thema Stimmenhören. Die Stimmenhörbewegung lebt insbesondere von dem großen Engagement vieler recovernder und recoverter Stimmen-Hörender. Durch Selbsthilfegruppen, politische Initiativen, sowie neu gedachte individuelle Begleitparadigmen sieht sich die Bewegung insbesondere in der Verantwortung, die derzeit herschenden Machtungleichgewichte in Psychiatrie und Gesellschaft zu hinterfragen und neu zu denken.

Zentrale Merkmale des individuellen EFC Ansatzes

EFC sucht den Dialog auf möglichst gleicher Ebene, also von der Expertin durch Ausbildung zur Expertin aus eigener (Stimmen)Erfahrung. Die Betonung der eigenen Expertise der Stimmenhörerin hat wirkliches Empowerment und Recovery zum Ziel, d.h. eine Wiedergewinnung des eigenen Lebens. Die gemeinsame Arbeit sollte eher einer gemeinsamen Entdeckungsreise gleichen. Hierbei helfen sowohl eine empathische Grundhaltung als auch journalistische Offenheit. Es gilt möglichst die Sichtweise und Sprache der Stimmen hörenden Person zu verstehen und zu sprechen. Dabei hilft es im Regelfall pathologisierende Begriffe wie Halluzinationen oder Wahn mit den Worten der stimmen-hörenden Person zu ersetzen. Die Stimmen werden explizit nicht als Zeichen einer Krankheit, sondern als potentielle Botschafter über anzugehende Themen gesehen (Romme & Escher, 2008/2013).

* Siehe z.B. die Tagung „Schizophrenie im Dialog" (Januar 2018, Uniklinik Aachen)

Die ursprünglich regelmäßig positiven Intentionen von Stimmen können durch die EFC Arbeit, selbst in scheinbar zerstörerischen Stimmen, entdeckt werden (siehe Praxisbeispiel unten). Zumindest scheint es klar, dass Stimmen immer positiv nutzbar sind, auch wenn die Person sie weiterhin als gegen sich oder andere gerichtet erlebt. Zentrale Hilfsmittel bei der EFC Arbeit sind in der Regel entweder ein Arbeitsbuch oder das Maastrichter Interview, der Bericht, das Konstrukt, sowie das Dialogisieren mit Stimmen (Romme & Escher, 2008/2013). EFC ist transdiagnostisch anwendbar und traumasensibel. Umgangsweisen, die bei Menschen hilfreich sind, sind oft auch bei Stimmen hilfreich und umgekehrt. Das heißt, zum Beispiel, reden und die jeweiligen Intentionen des Gegenübers wirklich verstehen wollen, ist immer besser als nicht zu reden oder verstehen zu wollen (Schnackenberg & Burr, 2017). Die Beweislage für diesen Ansatz beruht in erster Linie auf persönlichen Recoverygeschichten (z.B. Romme et al., 2009), sowie auf ersten kleinen konventionelleren Studien (z.B. Schnackenberg, Fleming & Martin, 2017; Steel et al., 2019).

Stimmen sind nie das Problem in sich selbst. Vielmehr ist es unser Umgang mit ihnen, der entscheidet, ob wir sie als Feinde oder als Wegweiser, gar als Freund, entdecken können.

Praxisbeispiel (anonymisiert)

Ute ist 35 und hört seit 30 Jahren Stimmen. Als Teenagerin wurde sie mit einer Anorexie diagnostiziert, mit 20 mit einer paranoiden Schizophrenie. Ute hat mittlerweile ein ausgewogenes Essverhalten, leidet aber immer noch sehr unter ihren Stimmen und hat erst vor ca. 1 Jahr zum ersten Mal über ihre 7 Stimmen geredet. Sie geht von einem telepathischen Ursprung von unbekannten und bekannten Leuten aus ihrer Umgebung aus. Die Stimmen sagen ihr, dass sie ihre Mutter umbringen soll und dann sich selbst. Immer wieder hat Ute Schwierigkeiten und weiß nicht mehr weiter. Medikamente waren gelegentlich ein wenig hilfreich, da sie sich gedämpft fühlte. Allerdings sind die Nebenwirkungen oft nicht zu ertragen. Ihr Studium hat sie abgebrochen und verbringt seit 15 Jahren den größten Teil bei Ihrer Mutter Zuhause, die sich viel um sie kümmert.
Im Laufe der in ihrem Tempo stattfindenen EFC Arbeit werden die Stimmen zunehmend ruhiger. Je mehr Ute lernt mit ihnen umzugehen und ihnen zuzuhören, je mehr versteht sie die Stimmen nicht mehr als Feinde sondern als wohlwollende Freunde. Durch Nachfragen versteht sie, dass die Stimmen nicht buchstäblich wollen, dass sie sich umbringt, sondern dass sie zunehmend unabhängiger von der Unterstützung ihrer Mutter werden soll – was eigentlich auch ihrem eigenen Wunsch entspricht. Außerdem ermutigen sie sie ihr Leben wieder in die Hände zu nehmen und nicht aufzugeben, wie sie es aber scheinbar bisher getan hatte. Sie machen ihr Mut, sich ihren Ängsten, z.B. im Bezug auf ihre bisher unverarbeiteten Erfahrungen des sexuellen Missbrauchs sowie des Gemobbt-werdens, zu stellen. Hier gilt es insbesondere sich wieder mehr zuzutrauen, hinaus auf die Straße und unter Leute zu gehen und sich nicht Zuhause zurückzuziehen. In dem Maße in dem Ute dies gelingt beruhigen sich die Stimmen zunehmend. Sie hat zum ersten Mal seit 20 Jahren zunehmend das Gefühl, dass Sie vielleicht doch ihr Leben leben kann.

Abschließende Gedanken

Stimmen, genauso wie unsere Mitmenschen, sind eigentlich nie das Problem in sich selbst. Vielmehr ist es unser Umgang mit ihnen, der darüber entscheidet, ob wir sie als Feinde oder als mögliche Wegweiser, gar als Freund, entdecken können. Stimmen weisen regelmäßig viel genauer als die EFC Begleiterin oder manchmal auch die Stimmenhörerin selbst es könnten, auf den Kern eines anzugehenden Problems hin. Die EFC Arbeit schließt eine zusätzliche Traumatherapie nicht aus, setzt sie aber nicht voraus. Von Stimmen lernen, heißt an den großen Ressourcenreichtum der Menschen zu glauben, die auch schwierigste Erlebnisse überwinden können und damit ein inspirierendes Beispiel für die allen Menschen innewohnende Stärke sein können. Auch vielen Fachleuten macht der EFC Ansatz neuen Mut und Hoffnung auf ein Vorankommen, also auf ein Recovery, so dass sich dieser Zugang zunehmendem Interesse auch in der Mainstreampsychiatrie erfreut.

Hinweis: Fortbildungen zum EFC Ansatz werden im deutschsprachigen Raum insbesondere durch das efc Institut (www.efc-institut.de), sowie das Netzwerk Stimmenhören (www.stimmenhoeren.de) angeboten.

Literatur

Baumeister, D., Sedgwick, O., Howes, O. & Peters, E. (2017): Auditory verbal hallucinations and continuum models of psychosis: A systematic review of the healthy voice-hearer literature. Clinical Psychology Review, 51, 125 – 141.

Beavan, V., Read, J. and Cartwright, C. (2011): The prevalence of voice-hearers in the general population: a literature review. Journal of Mental Health. 20(3), 281 – 292.

Debesay, S. (2017): Stimmenhören bei Kindern und Jugendlichen. In J. Schnackenberg & C. Burr (Hrsg.), Stimmenhören und Recovery. Erfahrungsfokussierte Beratung in der Praxis (S. 127 – 136). Köln: Psychiatrieverlag.

Johnstone, L. & Boyle, M. with Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., ... Read, J. (2018): The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis. Leicester: British Psychological Society.

Leucht, S., et al. (2009): How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials. Molecular Psychiatry, 14: 429–447.

Leucht, S., Leucht, C., Huhn, M., Chaimani, A., Mavridis, D., Helfer, B. ... Davis, J. M. (2017): Sixty Years of Placebo-Controlled Antipsychotic Drug Trials in Acute Schizophrenia: Systematic Review, Bayesian Meta-Analysis, and Meta-Regression of Efficacy Predictors. American Journal of Psychiatry, 174(10), 927 – 942

Linscott, R. J. & van Os, J. (2013): An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. Psychological Medicine, 43, 1133 – 1149.

Romme, M. & Escher, S. (2008/2013): Stimmenhören verstehen. Der Leitfaden für die Arbeit mit Stimmenhörern. Bonn: Psychiatrieverlag.

Romme, M., et al. (2009): Living with voices. 50 stories of recovery. Ross-on-Wye: PCCS Books.

Schlimme, J. E., Scholz, T. & Seroka, R. (2018): Medikamentenreduktion und Genesung von Psychosen. Köln: Psychiatrieverlag.

Sohler, N., et al. (2015): Weighing the evidence form harm from long-term treatment with antipsychotic medications: a systematic review. American Journal of Orthopsychiatry. Dec 14, 2015. Verfügbar: http://psycnet.apa.org/?&fa=main.doiLanding&doi =10.1037/ort0000106. Letzter Zugriff: 30 Dezember 2015.

Schnackenberg, J. K., Fleming, M. & Martin, C. (2017): A randomised controlled pilot study of Experience Focussed Counselling with voice hearers. Psychosis, 9(1), 12–24.

Neue Möglichkeiten der Begleitung von Psychosen in der Akutpsychiatrie

Erfahrungen aus den Modellvorhaben und der stationsäquivalenten Behandlung

Seit knapp 10 Jahren werden in Deutschland psychiatrische Modellvorhaben erprobt, die eine settingübergreifende und aufsuchende Behandlung anbieten. Mit der stationsäquivalenten Behandlung (= StäB) kam im Jahr 2018 eine weitere Möglichkeit hinzu, die eine intensive und stationsersetzende Behandlung im häuslichen Umfeld vorsieht. In dem vorliegenden Beitrag gehen die Autor*innen der Frage nach, inwiefern diese Versorgungsansätze die Bedürfnisse von Menschen mit psychotischen Krisen besonders berücksichtigen.

Julian Schwarz
Dr., Assistenzarzt, wissenschaftl. Mitarbeiter Medizinische Hochschule Brandenburg, Rüdersdorf: julian.schwarz@mhb-fontane.de

Eva Rosenberger
Dipl. Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin im StäB- und Zuhausebehandlungs-Team , Vivantes Krankenhaus am Urban: eva.rosenberger@vivantes.de

Stefan Weinmann
Dr. Dr., Oberarzt des StäB- und Zuhausebehandlungs-Teams und Projektleiter psychiatrische Versorgungsforschung im Vivantes Krankenhaus am Urban: stefan.weinmann@vivantes.de

Sebastian von Peter
Prof. Dr., Oberarzt des StäB- und Zuhausebehandlungs-Teams im Krankenhaus Rüdersdorf, Hochschullehrer an der MHB: sebastian.vonpeter@mhb-fontane.de

Einleitung

Seit Einführung der psychiatrischen Modellvorhaben haben sich bundesweit 21 solcher Modelle in der Kinder- und Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie gebildet. Grundlage dieser Modelle ist ein globales Behandlungsbudget, welches Kliniken für einen Zeitraum von in der Regel acht Jahren eine gleichbleibende Finanzierung garantiert. Diese ökonomischen Sicherheiten können genutzt werden, um stationäre Behandlungstage zu reduzieren und im Gegenzug flexiblere, kontinuierliche, ambulante und aufsuchende Behandlungsmöglichkeiten zu entwickeln (von Peter et al., 2018). Außerdem konnte im Zuge der Modellvorhaben eine verstärkt an regionalen Besonderheiten ausgerichtete Versorgung entstehen (Deister, 2018).
Damit nicht nur Nutzer*innen ausgewählter Kliniken oder Krankenkassen, sondern alle in der Regelversorgung von den Vorzügen der Modellversorgung profitieren können, wurde als „Kompromiss“ zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern ein Fragment der Modellvorhaben – die Zuhause-Behandlung – in modifizierter Form, nämlich als StäB, in den gesetzlichen Rahmen übernommen. Auch wenn die Umsetzung von StäB aufgrund einer Reihe von Unklarheiten bei der Finanzierung anfänglich sehr zurückhaltend erfolgte, wird es inzwischen von ca. 25 Kliniken bundesweit angeboten, mit steigender Tendenz. In *Tabelle 1 (Seite 20 oben)* sind zentrale Unterschiede zwischen Modellvorhaben und StäB dargestellt.
In dem vorliegenden Beitrag wollen wir die zentralen Aspekte von Modellvorhaben und StäB in Bezug auf deren Potentiale für die Behandlung von Menschen mit psychotischen Störungen untersuchen. Dabei fließen sowohl unsere Erfahrungen aus der praktischen Arbeit, Berichte von Nutzer*innen, aber auch die Ergebnisse zweier explorativer Studien (EvaMod64 und StäB-Pilot) in unsere Überlegungen mit ein.

Psychotische Krisen zuhause behandeln

Es klopft an der Tür – Frau T. öffnet. Sie tritt aus einem dunklen Wohnungsflur hervor, eine Sonnenbrille tragend. Frau T. wird wegen einer psychotischen Krise von dem StäB-Behandlungsteam in ihrer Wohnung besucht. Eigentlich beginnt die Geschichte bereits eine Woche zuvor: Frau T. wird in das Vivantes Krankenhaus am Urban in Berlin aufgenommen und auf einer geschützten Station untergebracht. Es fällt ihr schwer dort zur Ruhe zu kommen. Das Aggressionspotential durch viele Menschen in psychischen Krisen auf engem Raum auf der Station, das Mehrbettzimmer mit schnarchenden Zimmernachbarinnen, nächtliche Zimmerkontrollen durch das Pflegepersonal; all dies sind Dinge, die Frau T. – so erzählt sie im Nachhinein – an ihrer Genesung hinderten. Nach einer Woche entscheidet sie sich für eine Weiterbehandlung durch das StäB-Team. Erst beim Besuch in den vier Wänden der Betroffenen wird sichtbar, welche Auswirkungen die psychische Krise auf den Alltag hat. So sind sämtliche Scheiben, Spiegel und Fernseher verhangen. Frau T. habe sich vor ihrem eigenen Spiegelbild zu schützen versucht, berichtet sie. Deswegen trage sie auch die Sonnenbrille.

Tabelle 1: Übersicht zentraler Unterschiede zwischen den Modellvorhaben

Versorgungsmodell und gesetzliche Grundlage	Modellvorhaben (nach §64b SGB V)	Stationsäquivalente Behandlung (nach §115d SGB V)
Behandlungsrahmen	Intensive ambulante Kontakte oder Hausbesuche je nach Bedarf der Betroffenen.	Täglicher Hausbesuch für die Dauer der Behandlung inklusive einer wöchentlich stattfindenden Facharztvisite.
Voraussetzung für die Behandlung	Psychische Krise, die einer Unterstützung durch das Krankenhaus bedarf.	Vorliegen einer stationär behandlungsbedürftigen psychische Krise (entweder stationsersetzend oder verkürzend).
Flexibilität im Settingwechsel	Settingwechsel können unbürokratisch und kurzfristig (z.B. innerhalb eines Tages) erfolgen.	Settingwechsel sind möglich, erfordern jedoch mehr Vorbereitung (z.B. Übergaben, Entlassbrief).
Behandler*innen- bzw. Beziehungskontinuität	In Abhängigkeit von der jeweiligen Ausgestaltung des Modellvorhaben ist eine kontinuierliche Betreuung durch dieselben Bezugstherapeut*innen bzw. dasselbe therapeutische Team vom stationären, teilstationären, ambulanten bis in die Häuslichkeit möglich.	Teilweise über verschiedene Settings gegeben, wenn bspw. eine weiterführende Behandlung i.R. der psychiatrischen Institutsambulanz an die Behandlung anschließt und vom gleichen Arzt/ Psychologen weitergeführt werden kann.

Frau T. gibt an, von den zusätzlichen Möglichkeiten, die die Behandlung im häuslichen Umfeld bietet, zu profitieren: An Tagen, an denen sie angespannt ist, geht sie mit einem der Mitarbeitenden spazieren und übe, wieder mehr unter anderen Menschen zu sein. Psychotherapeutische Einzelgespräche – aufbauend auf den konkreten Einsichten und anschließend an die Ressourcen des Alltags – finden im Wohnzimmer statt. Dabei werden Grundannahmen hinterfragt und ein Umgang mit inneren Stimmen, die Frau T. in der akuten Krise belasten erarbeitet. Nicht nur Defizite, sondern auch Ressourcen werden sichtbar und in die Behandlung einbezogen. Ein Beispiel sind die zahlreichen Bilder, die in der Wohnung von Frau T. hängen, die sie selbst gemalt hat und über deren persönliche Bedeutung sie gerne spricht, sodass ein lebendiger Zugang zu ihrer Innenwelt gewonnen werden kann.

Dass Nutzer*innen von den gleichen Therapeut*innen über einen längeren Zeitraum behandelt werden, gelingt im Krankenhausbereich der Regelversorgung oft nicht. Bei jedem Wechsel zwischen den Settings kommt es zu Brüchen.

Dieser kurze Ausschnitt aus der Geschichte von Frau T. zeigt deutlich, wie gut Menschen mit psychotischen Krisen von der Behandlung zu Hause profitieren können und welche neuen, entstigmatisierenden und alltagsnahen Behandlungsansätze dadurch ermöglicht werden.

Einbezug des Netzwerks

Eine weitere Chance, die sich durch die Behandlung im häuslichen Umfeld ergibt, ist die Durchführung von Netzwerkgesprächen im Krisenfall. So wurden an verschiedenen Kliniken der Modell- und StäB-Versorgung Klinikmitarbeiter*innen in Open Dialogue und systemischen Ansätzen geschult (Seikkula & Olson, 2003). Dadurch kann ein engerer Einbezug von Angehörigen, Nachbarn, Familie, Freunden und Mitbewohner*innen (z.B. therapeutischer Wohngruppen) in der Behandlung stattfinden. Dies wäre zuvor – zumindest in diesem Ausmaß – nicht möglich gewesen, da es für Bezugspersonen oft organisatorisch viel schwieriger ist, für einen kurzfristigen Termin gemeinsam in der Klinik zu erscheinen. Zu Hause sind sie demgegenüber oft fast automatisch verfügbar. So war es auch im Falle von Frau T.: eine deutliche Besserung der Symptomatik konnte durch ein gemeinsames Gespräch mit den Behandlern und ihrem erwachsenen Sohn im häuslichen Umfeld erreicht werden.

Ambulante (akute) Behandlung

Neben diesen Aspekten, die sowohl i.R. von Modellvorhaben als auch StäB angeboten werden, gibt es eine Reihe von Behandlungsmerkmalen, die bisher nur in Modellvorhaben umgesetzt werden und die von hoher Relevanz für Personen mit Psychoseerfahrungen sind. Dazu gehört die intensive, ambulante Behandlung in akuten Krisen durch das Klinikteam. Wir Autor*innen haben die Erfahrung gemacht, dass für manche Nutzer*innen eine Zuhausebehandlung in akuten Phasen ungeeignet sein kann. Dies gilt insbesondere, wenn noch keine ausreichend tragbare therapeutische Beziehung besteht, die Betroffenen – krankheitsbedingt – sehr misstrauisch sind oder die Behandlung zuhause als Überschreiten persönlicher Grenzen erlebt wird. In diesen Fällen kann es eine gute Option sein, Betroffenen eine ambulante Akutbe-

handlung in der Klinik anzubieten. Diese ist jedoch unter gegenwärtigen Bedingungen kaum möglich, es sei denn, es existiert ein Modellvorhaben nach §64b SGB V oder eine Leistungsabrechnung innerhalb der psychiatrischen Institutsambulanz („bayerisches Modell“).

Settingübergreifende Beziehungskontinuität

Dass Nutzer*innen von den gleichen Therapeut*innen über einen längeren Zeitraum behandelt werden, gelingt im Krankenhausbereich der Regelversorgung oft nicht. Bei jedem Wechsel zwischen den Settings (z.B. von der Station in die Tagesklinik und von dort in die Ambulanz) kommt es zu Brüchen und der*die Betroffene ist gefordert, seine eigene Geschichte erneut zu erzählen und die therapeutische Beziehung erneut aufzubauen. Dies ist anstrengend für beide Seiten, vor allem aber für Nutzer*innen; auch widerspricht es dem heutigen Verständnis von guter psychiatrischer Behandlung: Menschen mit psychotischen Erfahrungen reagieren oft besonders empfindlich auf Therapeut*innenwechsel und es kann lange dauern, bis sie sich einer anderen Bezugsperson öffnen und diese an ihrer (psychotischen) Realität teilhaben lassen. Hier setzt die settingübergreifende Organisation der Teams in den Modellvorhaben an, da ein und dasselbe Team bzw. Behandler*in über verschiedene Settings hinweg für den*die Nutzer*in zuständig und erreichbar ist. Dies gilt im Übrigen nicht nur für akute Situationen, sondern auch für Lebensphasen größerer Stabilität.

Für eine zukunftsweisende und bedürfnisorientierte Begleitung psychotischer Krisen braucht es daher vor allem eine stärkere Weiterentwicklung von StäB in Richtung Modellvorhaben.

Niederschwellige Erreichbarkeit in Krisen

Ein positiver Nebeneffekt der Behandler*innenkontinuität in den Modellvorhaben ist, dass der Zugang zu Hilfsangeboten erleichtert wird: So können Nutzer*innen, die bereits durch die Klinik betreut wurden, telefonisch bei den ihnen vertrauten Mitarbeiter*innen Unterstützung anfordern. Dies ist besonders dann hilfreich, wenn es Nutzer*innen im Zuge einer Krise nicht mehr gelingt, eigenmotiviert in die Klinik zu kommen. Eine Mitarbeiterin erinnert sich in diesem Zusammenhang an eine Nutzerin, welche sich in einer akuten Krise per SMS an sie wandte. Die junge Frau konnte aufgrund massiver Ängste das Haus nicht mehr verlassen, stimmte jedoch einem Hausbesuch zu. Durch therapeutische Gespräche zu Hause, sowohl mit der jungen Frau selbst wie auch mit den Angehörigen, konnte die Krise ohne einen Krankenhausaufenthalt überwunden werden.

Intensität versus Flexibilität

Während in den Modellvorhaben auch niederschwellig Hausbesuche durchgeführt werden können, bspw. um sich ein Bild der Wohnsituation Betroffener zu verschaffen, ist StäB grundsätzlich hochschwelliger. Eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit muss vorliegen, damit das multiprofessionelle StäB-Team überhaupt aktiv werden kann. Dadurch verliert das Angebot an Flexibilität und Bedürfnisorientierung.

Ein weiterer Punkt betrifft die Regelung, dass in StäB mindestens ein Hausbesuch pro Tag durchgeführt werden muss. Gerade bei der Arbeit mit Menschen, die wiederkehrend in psychotische Krisen geraten, haben wir Autor*innen die Erfahrung gemacht, dass flexible Handlungsmöglichkeiten besonders wichtig sind. Im Falle der jungen Frau, welche sich per SMS an die Behandler wandte, war es bspw. notwendig, die Zahl der Hausbesuche individuell dosieren zu können. Ein täglicher Besuch an sieben Tagen die Woche hätten sie überfordert.

Außerdem unterscheidet sich die mögliche Dauer psychotherapeutischer Kontakte i.R. von StäB und den Modellvorhaben. Während in StäB durch die insgesamt geringere, dafür sehr hochfrequente Begleitung ausschließlich Kurzzeitinterventionen mit wenigen Einheiten Psychotherapie (ca. 6-10 Stunden pro Behandlungsepisode) möglich sind, können in den Modellvorhaben auch längerfristige psychotherapeutische Kontakte gepflegt werden.

Nicht jedes StäB- oder Zuhausebehandlungs-Team der Modellversorgung ist jedoch mit psychotherapeutisch geschultem Personal ausgestattet. Dies limitiert die Möglichkeiten für (Psychosen-) Psychotherapie an dem ein oder anderen Standort. Andererseits weisen bestehende Forschungsergebnisse über die Modellvorhaben auf eine Ausweitung multiprofessioneller Expertise insbesondere im Bereich der Pflegenden hin, die verstärkt psychotherapeutisch-fundierte Gespräche anbieten können.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sowohl StäB als auch Modellvorhaben Potentiale für die (psychotherapeutische) Behandlung von Menschen mit psychotischen Krisen bieten, auch wenn diese noch ausbaufähig sind. Eine Stärke beider Ansätze ist die aufsuchende Behandlung und die prinzipielle Kompatibilität mit systemischen Ansätzen. Modellvorhaben bieten eine kontinuierlichere, flexiblere und settingübergreifende Behandlung, was sie für Menschen mit Psychosen besonders geeignet macht. StäB bietet hingegen eine größtmögliche Verlagerung der Behandlung in die Wohnung von Nutzer*innen unter Einbuße an Flexibilität. Für eine zukunftsweisende und bedürfnisorientierte Begleitung psychotischer Krisen braucht es daher vor allem eine stärkere Weiterentwicklung von StäB in Richtung Modellvorhaben.

Literatur

Deister, A. (2018): Die Region als Kooperationsrahmen in der psychiatrischen Versorgung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 1–6. https://doi.org/10.1007/s00103-018-2864-2

Seikkula, J., & Olson, M. E. (2003): The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: Its Poetics and Micropolitics. Family Process, 42(3), 403–418. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00403.x

Von Peter, S., Ignatyev, Y., Indefrey, S., Johne, J., Schwarz, J., Timm, J., & Heinze, M. (2018): Spezifi-sche Merkmale zur Einstufung der Modellversorgung nach § 64b SGB V. Der Nervenarzt, 89(5), 559–564. https://doi.org/10.1007/s00115-017-0459-z

Gruppenpsychotherapieangebote für Menschen mit Psychosen

Von Dorothea von Haebler und Klaus Hesse

Die Suche nach einem Psychotherapieplatz für Menschen mit Psychosen gestaltet sich vielerorts als langwieriges oder gar aussichtsloses Unterfangen. Eine große Portion Frustrationstoleranz ist meist notwendig bis eine passende Psychotherapie begonnen werden kann. Eine Gruppenpsychotherapie bietet mehr Therapiesuchenden die Möglichkeit zu einer hochwirksamen Behandlung. Ein Großteil der Wirkung von Psychotherapie in der Gruppe liegt dabei nicht im jeweiligen Verfahren oder der Therapieschule begründet. Gruppenpsychotherapien verschiedener Verfahren zeigen viele Überschneidungen. In diesem Artikel wollen wir die Unterschiede in den Vordergrund stellen, um so einige Merkmale der verschiedenen Verfahren anschaulicher darzustellen.

Dorothea v. Haebler
Fachärztin für Psychiatrie und für Neurologie. Oberärztin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Universitätsmedizin, Campus Mitte.

Klaus Hesse
Psychologischer Psychotherapeut a. d. Universitätsklinik für Psychiatrie u. Psychotherapie Tübingen. Psychotherapeutischer Leiter einer Station für die Behandlung von Psychosen.

Gruppenpsychotherapieangebote für Menschen mit Psychosen

Psychose-Gruppentherapien spielen derzeit in der ambulanten Versorgung so gut wie gar keine Rolle. Auch in der stationären Versorgung werden sie zwar häufiger, gemessen an der Notwendigkeit und Wirksamkeit jedoch, viel zu selten angeboten. So geben in 86% der Kliniken bei einer Befragung von Rummel-Kluge et al. an, Psychoedukation für Menschen mit Psychosen anzubieten (was in der praktizierten Durchführung oft keine Psychotherapie im eigentlichen Sinne ist). Wie viele Kliniken Gruppenpsychotherapien anbieten ist nicht erforscht, das metakognitive Training, soziale Kompetenztrainings und thematisch offene Gruppen werden unseres Wissens nach in einer Vielzahl von Kliniken angeboten, allerdings mit meist nicht psychotherapeutisch ausgebildetem Personal. Bis Ende 2014 noch war die Indikation zur Psychotherapie nach der Psychotherapierichtlinie für Menschen mit Psychosen nicht gegeben, so dass die ambulante Durchführung regulär gar nicht möglich war. Dies sowie die Annahme, dass Menschen mit Psychosen eine Gruppentherapie nicht aushalten, war sicherlich Grund genug, dass es auch in einer großen Stadt wie Berlin über viele Jahre nur eine einzige ambulante diagnosespezifische Psychosenpsychotherapiegruppe gab.
Die notwendige Förderung von Gruppentherapien wurde dann bereits 2015 in den Richtlinien realisiert. Die Beantragung von Gruppentherapien, unter anderem auch die sinnvolle Kombination mit der Einzeltherapie, wurde vereinfacht und die Entgelte wurden erhöht. Dadurch wird es attraktiver, im Rahmen der Richtlinientherapie Gruppen anzubieten.
So kann inzwischen beobachtet werden, dass die Behandlung in Gruppen zunimmt. Dies ist nicht nur eine hervorragende Möglichkeit, vielen Menschen mit Psychosen eine hochwirksame Psychotherapie zukommen zu lassen, es bietet auch die Möglichkeit einer Vielzahl von therapeutischen Prozessen, die in einer Einzeltherapie nie realisiert werden können und in der Kombination mit dieser einen mehr als additiven Effekt zu zeigen vermag.
Im Weiteren werden wir eine Gegenüberstellung von Gruppenpsychotherapien der Verhaltenstherapie mit psychodynamischer Gruppenpsychotherapie für Menschen mit Psychosen versuchen:

Gruppentherapien für Menschen mit Psychosen

Psychodynamische Gruppen für Menschen mit Psychosen gibt es stationär vor allem als offene Psychotherapiegruppen, mit häufig wechselnden Teilnehmenden und ambulant im Sinne von „slow open“ Gruppen oder auch geschlossenen Gruppen. Es gibt störungsspezifische oder diagnoseübergreifende Gruppen und meist keine vorgegebenen Gruppenthemen. Bei kognitiv - verhaltenstherapeutischen Gruppen werden häufig eine definierte Anzahl von Stunden festgelegt. Neben Moderationstechniken und Arbeitsmaterialien können auch Präsentationen und Übungen zum Einsatz kommen. Die Gruppe kann in verschiedenen Settings stattfinden, im stationären Bereich meist als offene Gruppe.

Charakteristika einer psychodynamischen Gruppenpsychotherapie

Therapieverfahrensspezifische Interventionen treten oft in Form von Modifizierungen der Techniken der jeweiligen Individualpsychotherapien auf. So findet man Werkzeuge der Einzelpsychotherapien auch in der Gruppenpsychotherapie.

Das, was die therapeutische Allianz im Einzelsetting bedeutet, wird in der Gruppenpsychotherapie über Vorgespräche angestrebt, die ausreichend Raum bieten, damit Fragen auf beiden Seiten mit dem Ziel der Indikationsklärung und Vorbereitung auf die Gruppenpsychotherapie formuliert und gestellt werden können. Teilnehmende, die gut vorbereitet sind, bringen so die Allianz mit den Gruppentherapeuten ein und erhöhen damit die Kohäsion der Gruppe. Kohäsion als Herstellung und Erhaltung eines "therapeutisch-gutartigen Veränderungsklimas" (Tschuschke, 2010, S. 67) wird durch die Gruppenmitglieder hergestellt.
Zu den Aufgaben des Leiters der Leitenden gehören neben der Schutzfunktion des Rahmens auch das aktive Fördern von Interaktionen zwischen Einzelnen und das allgemeine Miteinbeziehen aller Gruppenmitglieder, manchmal auch der Schutz einzelner im Sinne einer Hilfs-Ich Funktion.
Bei der fortlaufenden Gruppe, die immer wieder Teilnehmende entlässt und neue aufnimmt (slow-open), entwickeln sich Gruppennormen, die unabhängig von Einzelnen oder einer spezifischen Zusammensetzung der Gruppe übernommen (oder verworfen) werden, wie zum Beispiel der Ablauf einer Gruppensitzung, was zu einer Weiterentwicklung der Gruppe selbst führt, von welcher zukünftige Gruppenteilnehmer profitieren.
Die Teilnehmenden nehmen spezifische Rollen ein, welche auf individuellen Prädispositionen beruhen, die meist Vorerfahrungen widerspiegeln, welche im Gegensatz zu Gruppen mit nicht psychotisch Erkrankten häufig nicht verbalisiert werden können. Diese Rollen können sich dennoch gut innerhalb der Gruppe weiterentwickeln. Weitere Charakteristika einer psychodynamischen Gruppenpsychotherapie sind ein besonderes Gewähren von Holding und Containment, welche in immer wieder erstaunlichem Maße auch durch die Gruppenmitglieder selbst übernommen wird.
Das, was in analytischen Gruppenpsychotherapien als das Übersetzen unbewussten Verhaltens einzelner Mitglieder (oder der gesamten Gruppe) bezeichnet wird, wird in der psychosenpsychotherapeutischen Gruppe modifiziert: wenn ein Verhalten auftritt, welches unklar ist, oder auf Vergangenes hindeutet, was benannt werden könnte, ist es die Aufgabe der Leitung, durch vor allem interessengeleitetes, genaues, nicht zu intrusives Nachfragen den Teilnehmenden zu einer Formulierung und Beschreibung seines Erlebens zu bringen, die so der Gruppe und auch dem oder der Schildernden selbst neu und sicherer erfahrbar wird. An dieser Stelle ist die Kompetenz der Teilnehmenden am höchsten: das verstehende Interesse können sie besser einbringen als die Behandelnden, das Nachfragen auf dem Hintergrund eigener Erfahrung von Erleben und Ängsten ermöglicht Antworten, die in einem dyadisch therapeutischen Setting nicht genannt worden wären. Dies auch, weil die Nähe-Distanz-Regulation im Gruppensetting sehr viel besser möglich ist (zum Beispiel der Rückzug eines Teilnehmenden ist im Gegensatz zum einzelpsychotherapeutischen Setting jederzeit möglich). Diese wird häufig auch von Mitbetroffenen übernommen, die nicht selten, wenn einem Gruppenmitglied das Antworten oder Sprechen schwerfällt, schützend ein völlig neues Thema ansprechen, was psychopathologisch als assoziativ gelockert eingeordnet, in der Gruppe hochfunktional eingebracht wird. Ganz wichtig erscheint auch die Handhabung von Gegenübertragungsprozessen: „im dynamischen Wechsel oszilliert der Therapeut zwischen Fremdbeobachtung und Eigenbeobachtung. Er richtet seine Aufmerksamkeit beobachtend auf die übrigen Gruppenmitglieder und introspektiv auf sich selbst – in seinen Reaktionen auf diese." (König 2010, S. 72). Diese Gegenübertragung kann am besten im Sinne der Gruppe verwandt werden, wenn Therapeut und Cotherapeut (Therapeuten und Team) sich nach der Sitzung darüber austauschen und über ihre Gegenübertragungsreaktion das implizite Verhalten der Gruppenmitglieder verstehbarer machen; dies gilt für den ambulanten, wie auch für den stationären Kontext (von Haebler und Montag 2019). Hieraus können dann therapeutische Konsequenzen für kommende Sitzungen und die weitere Behandlung gezogen werden.

Ziele, die für das Verfahren typisch sind, sind das geschützte und reflektierte Erleben von Sozialkontakten, das Erleben von Gruppenkohäsion und die Reinszenierung einer bekannten Rolle im Gruppenkontext.

Charakteristika von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppen sind in Abgrenzung ...

Bei der Konzeption der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppe wird der Fokus auf einen umschriebenen Zielbereich gelegt, wie zum Beispiel die Klärung von Therapiemotivation, Bewältigung von Symptomen, Erweiterung des Selbst- und Krankheitskonzepts, Rückfallprophylaxe, Stigmabewältigung oder den Aufbau sozial-kognitiver Kompetenzen. Die Behandelnden planen für gewöhnlich Inhalte, Übungen und den Einsatz von Materialien vor Gruppenbeginn. Auch Leitfragen an die Teilnehmenden, auf die sich die Sitzung konzentrieren soll, werden a priori überlegt. Dies geschieht bei der Konzeption der Sitzung anhand der Ziele, die in dieser Sitzung verfolgt werden und diese leiten sich aus den übergeordneten Zielen der Gruppe ab. Wenn in einem sozialen Kompetenztraining etwa das Ziel definiert wird, die eigenen Wünsche und Bedürfnisse zu formulieren, so wird bei der Konzeption überlegt welche Beispiele und Übungen für das Erlangen dieses Ziel hilfreich sein könnten. Auch mögliche Probleme bei dem Vorgehen und Alternativen können vorneweg geplant werden. Diese Überlegungen sind meist in einem Manual mit Arbeitsmaterialien hinterlegt. Die Modifikation des geplanten Vorgehens, durch Beiträge der Teilnehmenden ist im Prozess vorzuziehen. Die individuelle Bewältigung von Stress und Symptomen sind maßgeblich, Vorschläge dafür kommen von allen Gruppenmitgliedern. Das Manual soll nur als Leitlinie für die Gestaltung der Arbeit in der Gruppe dienen und davor bewahren, wichtige Inhalte im Laufe eines Curriculums zu übersehen.

Welche Ziele werden mit psychodynamischen Gruppentherapien verfolgt?

In den psychodynamischen Psychotherapien steht das interpersonelle Geschehen im Vordergrund, welches zum Erlangen einer zunehmenden Sicherheit genau darin auch als Behandlungsinstrument genutzt wird. Ziele, die für das Verfahren typisch sind, sind das geschützte und reflektierte Erleben von Sozialkontakten, das Erleben von Gruppenkohäsion und die Reinszenierung einer bekannten Rolle im Grup-

penkontext. Hinzuzufügen ist, dass individuelle intrapsychische Dilemmata sich natürlich auch in der Gruppe andeuten, und es vor allem darum geht, solche dilemmatischen Konstellationen zu erkennen und in der Gruppe durch die Behandelnden geschützt erlebbar zu machen, hierbei übernehmen die Teilnehmenden selbst meist einen erheblichen Anteil im Sinne von Verstehen und gewähren lassen. Dadurch kann die Psychose als Lösung, als Ausweg aus dem Dilemma verlassen werden, und neue integrative Muster können entstehen (Lempa et al 2016).

Die Gemeinsamkeiten in der Auseinandersetzung in der Gruppe von Menschen mit Psychosen überwiegen und bieten eine hervorragende Möglichkeit, die Nähe–Distanzregulierung in geschütztem Rahmen zu verbessern.

Breckir (1951) betont, dass gerade bei Menschen mit Psychosen das Wiedererlangen eines Zugangs zu einer potenziell nicht mehr zugänglichen Gesellschaft innerhalb der Gruppenpsychotherapie – im Kleinen – ermöglicht wird. Idealerweise kann Erlerntes, welches intrapsychischer, interpersoneller aber auch sozialer Art ist, im jeweiligen Lebensumfeld umgesetzt und weitergelebt werden.

Im Gegensatz dazu sind verhaltenstherapeutische Ziele ...

So unterschiedlich kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppen auch sind, Inhalte sollen bei allen Therapien zur Diskussion der Teilnehmenden anregen und vorhandene Kognitionen und Verhaltensweisen in Frage stellen oder erweitern. Bei ambulanten Gruppen mit längerer Dauer ist es sinnvoll verschiedene Zielrichtungen zu kombinieren:

Die Motivationsklärung ist das Ziel einer Orientierungsgruppe im stationären Setting für Patientinnen und Patienten, die ambivalent sind bezüglich einer weiteren Behandlung (Klingberg und Hesse, 2014). Gruppen mit dem Ziel der Symptombewältigung haben die Reduktion der Belastung in dem definierten Symptombereich zum Ziel. So gibt es Konzepte für die Reduktion von Positivsymptomen (z.B. LeComte et al., 2008) oder Negativsymptomen (z.B. Favrod et al., 2019).

Psychoedukative Gruppen haben häufig die Erweiterung des Krankheitskonzepts und die Etablierung von Krisenplänen zur Rückfallprophylaxe zum Ziel (z.B. Klingberg und Hesse, 2014). Ziel ist es nicht, dass Patientinnen und Patienten psychopathologische Begriffe oder ein biologisches Konzept erlernen, sondern dass sie ihre Probleme reflektieren und in ein Konzept von individueller Ätiologie und Einflussmöglichkeiten integrieren. Psychoedukationsprogramme werden in neuerer Zeit häufig mit Modulen zur Stigmabewältigung kombiniert (Gaebel et al. 2019). Eine Variante davon ist zum Beispiel der Fokus auf Outing-Strategien im beruflichen Kontext.

Ein weiterer Fokus von Gruppen kann auf dem Verbessern von sozial-kognitiven Prozessen liegen. Die Ziele liegen zum Beispiel beim metakognitiven Training darin, typische Heuristiken zu hinterfragen und soziale Urteilsprozesse bewusster zu vollziehen (Moritz et al., 2014).

Das Training sozialer Kompetenzen hat zum Ziel, dass Menschen mit Psychosen erfolgreicher und flexibler in schwierigen Situationen handeln können. Wenn das Training individueller Probleme und Ziele der Teilnehmenden fokussiert sind, ist es erfolgreicher als allgemeine Trainingsprogramme „von der Stange“ (Glynn et al. 2002). Als Spezialfall kann man ebenfalls die kognitive Remediation sehen, die auch im Gruppensetting angeboten wird. Die Verbesserung von Konzentration, Gedächtnis und problemlösendem Denken ist hier das Ziel. Besonders erfolgreich ist sie, wenn sie mit sozialem Kompetenztraining kombiniert wird, wie es zum Beispiel bei der Integrierten Neuropsychologischen Therapie geschieht (Roder und Müller, 2003).

Fazit

Gruppenpsychotherapie für Menschen mit Psychosen ist gemessen an ihren vielen Vorteilen unterrepräsentiert. Ziele und Methoden variieren mit den Verfahren der Gruppenleiter. Die Gemeinsamkeiten in der Auseinandersetzung in der Gruppe von Menschen mit Psychosen überwiegen jedoch und bieten für Menschen mit Psychosen eine hervorragende Möglichkeit, die Nähe–Distanzregulierung in geschütztem Rahmen zu verbessern.

Literatur

Breckir, N. J., (1951): Group Psychotherapy with Psychotic Patients., in: International Journal of Group Psychotherapy, 1(2), S. 129–132.

Favrod, J., Nguyen, A., Chaix, J. et al., (2019): Improving Pleasure and Motivation in Schizophrenia: A Randomized Controlled Clinical Trial, in: Psychotherapy and Psychosomatics, 88, S.84–95.

Gaebel, W., Zäske H., Hesse, K. et al., (2019): Promoting stigma coping and empowerment in patients with schizophrenia and depression: results of a cluster-RCT, in: Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci., doi: 10.1007/s00406-019-01064-3, [Epub ahead of print].

Glynn, S. M., Marder, S. R., Liberman R. P. et al., (2002): Supplementing clinic-based skills training with manual-based community support sessions: effects on social adjustment of patients with schizophrenia. Am. J., in: Psychiatry 159, S. 829–37.

Haebler, D. v., & Montag, C., (2019): Selbstbestimmung mit Nebenwirkungen: Erfahrungen und Desiderate für eine zwangsarme Psychiatrie, in: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, S. 1–14.

Klingberg, S. und Hesse, K., (2014): Stationäre evidenzbasierte Psychotherapie bei Psychosen, Stuttgart.

König, K., (2010): Technik und Leitung analytischer und tiefenpsychologisch fundierter (analytisch orientierter) Gruppen, in: Tschuschke, V. & Angenendt, G. (Hrsg.), Gruppenpsychotherapie: Von der Indikation bis zu Leitungstechniken, Thieme, S. 71–73.

Lecomte,T., Leclerc, C., Corbière, M. et al., (2008): Group cognitive behavior therapy or social skills training for individuals with a recent onset of psychosis. Results of a randomized controlled trial, in: Journal of Nervous and Mental Disease, 196 (12), S. 866–75.

Lempa, G., von Haebler, D. & Montag, C., (2016): Psychodynamische Psychotherapie der Schizophrenien. Ein Manual, Psychosozialverlag.

Moritz, S., Andreou, C., Schneider, B. C. et al., (2014): Sowing the seeds of doubt: A narrative review on metacognitive training in schizophrenia, in: Clinical Psychology Review, 34, S. 358–36.

Roder, V. und Müller, D. R., (2003): Integrierte Neurokognitive Therapie bei schizophren Erkrankten, Springer.

Rummel-Kluge, C., Kluge, M., & Kissling, W., (2013): Frequency and relevance of psychoeducation in psychiatric diagnoses: results of two surveys five years apart in German-speaking European countries, in: BMC psychiatry, 13, S. 170.

Tschuschke, V., (2010): Rolle und Bedeutung der Gruppenleitung, in: Tschuschke, V. & Angenendt, G. (Hrsg.), Gruppenpsychotherapie: Von der Indikation bis zu Leitungstechniken,Thieme, S. 66–70.

Recovery Colleges: Gemeinsam psychische Gesundheit und soziale Teilhabe durch Bildung fördern

Recovery wird als Leitbild zeitgemäßer psychiatrischer Dienstleistungen genutzt. Die Auseinandersetzung mit dem Ansatz ist im deutschsprachigen Raum mit zeitlicher Verzögerung aufgenommen worden und fand mittlerweile Eingang in psychiatrischen Leitlinien in Deutschland und der Schweiz. Mit dem „Recovery College" wird diese Entwicklung fortgesetzt. Im Artikel wird das Konzept dieser neuen Dienstleistung dargelegt und konkrete Praxisbeispiele vorgestellt.

Gianfranco Zuaboni
Dr. rer. medic., Projektleiter „Recovery College Bern" Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Schweiz, Email: gianfranco.zuaboni@upd.ch

Michael Schulz
Prof. Dr. habil., LWL Klinikum Gütersloh, Email: michael.schulz@lwl.org

Michael Löhr
Prof. Dr. rer. medic., LWL Klinikum Gütersloh, Email: michael.loehr@lwl.org

Seit über zehn Jahren findet im Bereich der Psychiatrie und der psychischen Gesundheit die Auseinandersetzung mit dem Recovery Ansatz statt. Als Startpunkt gilt die Publikation von Michaela Amering und Margit Schmolke (Amering & Schmolke, 2007), darauf folgten zahlreiche weitere Publikationen und Praxisprojekte. Die Implementierung der Berufsgruppe der Genesungsbegleiter wird als starkes Zeichen dieser Entwicklung gesehen.
In den DGPPN - Leitlinien „S3 Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen" (DGPPN, 2018) und „S3 – Leitlinie Schizophrenie" (DGPPN, 2019) und den Behandlungsempfehlungen Schizophrenie der SGPP (SGPP, 2016) wurden sowohl der Recovery Ansatz als auch die Peerarbeit entsprechend aufgenommen.
Recovery erschließt sich über die Auseinandersetzung mit gelebten Erfahrungen, mittels persönlicher Schilderungen, wie beispielsweise durch autobiografische Berichte (Schulz & Zuaboni, 2014). So verweisen diese persönlichen Recovery-Erzählungen auf grundsätzliche Unterschiede bei der Bewältigung psychischer Gesundheitsprobleme zu den herkömmlichen klinischen Ansichten und Vorgehensweisen (Davidson & Strauss, 1995). Beispielsweise wird dem Selbstmanagement, respektive der Selbstfürsorge eine zentrale Rolle im Verlauf der Recovery Reise beigemessen.
Im Zusammenhang mit Selbstmanagement ergibt sich eine Überschneidung zur aktuellen Thematik der Gesundheitskompetenz („Health Literacy"), die sich aus der Zunahme von chronischen Krankheiten und der Forderung nach dem „aufgeklärten Patienten" ergibt. Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheitssystems sind dahingehend gefordert, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und auf die eigene Situation zu übertragen. Die Gesundheitskompetenz ist dabei das Zusammenspiel persönlicher Fähigkeiten und den Anforderungen und der Komplexität von Situationen und Systemen, in denen Menschen sich bewegen (Schaeffer et al 2018).
Viele psychische Erkrankungen dauern über einen längeren Zeitraum an und von daher gilt die Personengruppe mit diesen Erkrankungen als besonders herausgefordert.
Chronische Erkrankungen sind mehrheitlich durch hohe Komplexität gekennzeichnet und mit zahlreichen gesundheitlichen, psychischen, sozialen und ökonomischen Folgen für die betroffenen Personen und ihren Familien (Schaeffer, Vogt et al, 2018). Auch kann man davon ausgehen, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung, die sich nicht in einer akuten Krise befinden, in der Regel nur sehr wenig Zeit mit dem Arzt oder anderen psychiatrischen Fachpersonen verbringen und die meiste Zeit selber mit dem Management der Krankheit befasst sind. Vor diesem Hintergrund drängen sich Konzepte der Selbstfürsorge der psychischen und physischen Gesundheit auf.

Menschen mit schweren psychischen Krankheitserfahrungen sind auf ihrem Genesungsweg mit lebenspraktischen Herausforderungen konfrontiert. So geht es vielfach darum, sein Leben wiederherzustellen, was u.a. bedeuten kann, sich einen Freundeskreis wiederaufzubauen, einer sinnvollen Tätigkeit nachzugehen, Interessen und Hobbies aufzunehmen und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen.
Was für die meisten Menschen in der Gesellschaft eine Alltagsroutine darstellt, kann für einen Menschen mit psychischen Krankheitserfahrungen ein unüberwindbares Hindernis sein. Mit den Recovery Colleges wird diesen Umständen nun ein entsprechendes Bildungsangebot entgegengesetzt, das sowohl die Auseinandersetzung mit der persönlichen Recovery als auch die soziale Teilhabe unterstützt.

Grundsätze des Recovery College

Menschen genesen in der Gemeinschaft und nicht in Institutionen. Um diesen Prozess zu unterstützen, sind Recovery Colleges inmitten der Gemeinden angesiedelt. In erster Linie sind Recovery Colleges Räume, wo Lernen gefördert wird. Die Studierenden erhalten Zugang zu verschiedenen Kursen und Workshops, um individuelle Frage- und Problemstellungen rund um Themen der psychischen Gesundheit und autonomen Lebensgestaltung in selbstbestimmter Art und Weise zu bearbeiten.
Die Recovery Colleges sind keine Alternative zu bestehenden therapeutischen Dienstleistungen, sondern ergänzen diese. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass das Angebot auch Menschen anspricht, die durch die herkömmlichen Dienstleistungen nicht erreicht wurden.
Recovery Colleges sollen den Zugang zu bestehenden Bildungsangeboten fördern. Zu diesem Zweck werden einerseits aufbauende Kurse angeboten und anderseits auch Kooperationen mit entsprechenden Bildungsanbietern eingegangen.
Recovery Colleges basieren auf den recovery-orientierten Elementen Hoffnung und Zuversicht, Kontrolle und Chancen.
Die grundlegende Arbeitsweise orientiert sich am Koproduktions-Ansatz (siehe Kasten 1), was bei der Entwicklung, Durchführung und Evaluation der Kurse zur Anwendung kommt. So werden die einzelnen Kurse vorwiegend von zwei Personen durchgeführt, davon eine Person mit eigenen Krankheits- und Genesungserfahrungen und eine Person mit entsprechender Fachexpertise.
Die Angebote des Recovery-Colleges richten sich an Menschen mit eigenen Krankheitserfahrungen, Angehörige, Fachpersonen und an einem Thema interessierte Personen. Zur Unterstützung des Lernprozesses stehen den Studierenden Tutorials zur Verfügung.

Recovery College und therapeutische Ansätze

Wie bereits erwähnt sind die Recovery Colleges kein Ersatz für die herkömmlichen therapeutischen Angebote, wie beispielsweise der Psychotherapie. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass die Studierenden über die Stärkung des Empowerment, des Selbstvertrauens und der Selbstwirksamkeit (Toney et al., 2018) durchaus therapeutische Effekte erzielen können, die sich u.a. präventiv auswirken können (Bourne, Meddings, & Whittington, 2018).
Es bestehen grundlegende Unterschiede zwischen dem Bildungsansatz des Recovery Colleges und therapeutischen Angeboten. Die grundlegende Annahme ist dabei, dass selbstgewählte Bildungsangebote das Selbstmanagement, Empowerment und Sinnfindung fördern. Beim therapeutischen Ansatz liegt der Fokus auf Probleme, Defizite und Funktionsstörungen, während beim RC dieser auf dem Potenzial der Menschen liegt.
Eine Eigenheit des therapeutischen Ansatzes liegt darin, viele psychosoziale Aktivitäten in „Therapien“ zu transformieren (z.B. Arbeits-, Milieu-, Gartentherapie). Recovery Colleges stellen eine Ergänzung zu therapeutischen Angeboten dar und sehen die primäre Expertise für die individuellen Lebenserfahrungen nicht bei den Fachpersonen. Trainer und Dozenten fungieren als Coaches. Die Studierenden wählen aus den Kursangeboten diejenige Kurse aus, die bei der Bearbeitung ihrer Frage- und Problemstellungen dienlich sind und erarbeiten sich Wege, die für sie Sinn machen und dem Geschehen eine Bedeutung geben. So werden die Studierenden Expertinnen, respektive Experten für ihr eigenes Leben (Schulz, Zuaboni, Löhr, Zingsheim, & Kronmüller, 2019).

Verbreitung der Recovery Colleges

Die ersten Recovery Colleges wurden in den 1980er Jahren in Boston in den Vereinigten Staaten unter der Bezeichnung „Recovery Education Centers“ betrieben. Es vergingen einige Jahre, bevor in Europa das Konzept aufgenommen wurde: Im Jahre 2009 wurde im Südwesten von London unter dem Dach der NHS das erste Recovery College eröffnet. Mittlerweile bestehen über 80 Recovery Colleges in England. Aber auch in Dänemark, Niederlanden und Italien werden bereits entsprechende Dienstleistungen angeboten.
Im deutschsprachigen Raum ist die Entwicklung noch im Anfangsstadium. Gerne möchten wir an dieser Stelle von zwei unterschiedlichen Projekten berichten: Aus Deutschland von der LWL-Klinikum Gütersloh und aus der Schweiz von den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern.

Recovery College Ostwestfalen

In Gütersloh wird seit Herbst 2018 auf Initiative von Michael Schulz, Michael

Einschub: Ansatz der Koproduktion

Von „tun für“ zu „tun mit“

Der Ansatz der Koproduktion beschreibt die Form der Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten einer Dienstleistung. Slay und Robinson schildern sechs Merkmale der Koproduktion:

Personen als wertvoll anerkennen: Patientinnen, Patienten / betroffene Personen und Angehörige anders wahrnehmen: nicht als passive Empfänger von Behandlungsmaßnahmen oder als eine »Belastung« für das System, sondern als gleichberechtigte und wertvolle Partner bei der Erarbeitung und Durchführung von Dienstleistungen.

Auf den vorhandenen Fähigkeiten der Personen aufbauen: Personen aktiv unterstützen, ihre Fähigkeiten zu erkennen und zu nutzen (Fokus auf Ressourcen und nicht auf Defizite).

Wechselseitigkeit und Gemeinsamkeit: Wechselseitige Beziehungen zu Fachpersonen und anderen Personen entwickeln und sich auf gemeinsame Verantwortlichkeiten und Erwartungen einlassen.

Peersupport-Netzwerke: Wissenszuwachs und Wissenstransfer durch die Einbindung von persönlichen und Peernetzwerken fördern, als Ergänzung zu den Netzwerken der Fachpersonen.

Barrieren abbauen: Die Unterscheidung zwischen Fachpersonen, die Dienstleistungen entwickeln, und Personen, die Dienstleistungen nutzen, beseitigen. Neugestaltung der Machtverhältnisse und der Art und Weise, wie Dienstleistungen entwickelt und erbracht werden.

Erleichtern statt bereitstellen: Fachpersonen befähigen, Katalysatoren des Wandels zu werden und nicht nur Anbieter von Dienstleistungen zu sein.
(Siehe: Zuaboni, 2019, Seite 106)

Löhr und Klaus-Thomas Kronmüller vom LWL-Klinikum Gütersloh der Aufbau eines Recovery Colleges Ostwestfalen vorangetrieben. Es wurde eine offene Einladung zur Mitarbeit an dem Projekt ausgesprochen, die sich sowohl auf Menschen mit Erfahrungswissen im Hinblick auf psychische Erschütterung und Menschen mit professionellem Hintergrund, Angehörige und alle Mitglieder der Gemeinde bezog.

Daraus hat sich eine Arbeitsgruppe entwickelt, die tatsächlich Vertreter mit Schwerpunkten in allen angefragten Bereichen mitgebracht haben. Ziel des Recovery Colleges OWL ist es, einen Ort des Lernens zu Themen des psychischen Wohlbefindens für alle Bürgerinnen und Bürger in Gütersloh und Ostwestfalen zu schaffen. Das Klinikum Gütersloh hat dem Recovery College OWL Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt. Ziel ist es allerdings, dass das Recovery College perspektivisch nicht mehr auf dem Klinikgelände, sondern eher zentral in der Stadt verortet ist. Gleichzeit wurde der Verein „ReOrGe e.V. – Recoveryorientierung in der Gemeinde“ (www.reorge.de) gegründet. So kann die Unabhängigkeit vom LWL-Klinikum Gütersloh größtmöglich gewährleistet werden. Die Frage der Trägerschaft wird weiter im Spannungsfeld von Psychiatrieunabhängigkeit und dem Anspruch, die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden in der Gemeinde durch Bildungsangebote zu fördern, zu diskutieren sein.

Im Herbst 2019 konnte ein erstes Programm für ein Trimester präsentiert werden. Dieses enthält bereits 21 Bildungsangebote, die jeweils im Tandem von zwei Dozierenden angeboten werden (https://www.recovery-college-gt-owl.de). Dabei sollte mindestens ein Dozierender über eigene Erfahrung mit psychischer Erschütterung verfügen. Bildungsangebote konnten von jedem Interessierten eingebracht werden und reichen von Angeboten zu Musik als Helfer in seelischen Krisen das achtsame Fotografieren, einem Kurs zu autobiografischem Schreiben bis hin zu einem Format, in dem Theater zur Förderung von Empowerment genutzt wird.

In der weiteren Entwicklung ist geplant, dass der Aufbau durch die Einwerbung von Drittmitteln vorangetrieben wird. Gleichzeitig müssen Strategien erarbeitet werden, um eine langfristige Regelfinanzierung zu sichern. Um die Reichweite zu vergrößern, soll in einem weiteren Projekt der Aufbau eines digitalen Angebotes des Recovery Colleges (eRC) vorangetrieben werden.

Recovery College Bern

Die Universitären Psychiatrischen Dienste Bern UPD setzen sich schon seit einigen Jahren mit Recovery und Peerarbeit auseinander. So sind Peermitarbeitende mittlerweile seit über zehn Jahren in der UPD engagiert. Die Recovery Colleges stellen eine konsequente Weiterentwicklung dar. So hat sich die UPD zum Ziel gesetzt, ein entsprechendes Angebot für die Region Bern zu entwickeln. Das Recovery College Bern ist nun im November 2019 mit einem ersten Kursangebot gestartet. Momentan ist unsere größte Herausforderung die nachhaltige Finanzierung des Recovery Colleges auf den Weg zu bringen. Da es sich um ein neues Angebot handelt, das nicht von bestehenden Finanzierungsmodellen profitieren kann, müssen komplett neue Ansätze entwickelt werden. Entsprechend den finanziellen Möglichkeiten haben wir die Räumlichkeiten des Recovery Colleges Bern in einem Gemeinschaftszentrum für den Zeitraum der Kurse angemietet. Mit einem überschaubaren Angebot von drei Kursen sind wir gestartet. Der erste Kurs ist das dreiteilige Seminar „Einführung Recovery - Bedeutsame Genesungsprozesse entdecken“. Darin erhalten die Studierenden die Möglichkeit, sich mit dem Recovery Ansatz und relevanten Prozessen auseinanderzusetzen. Ein weiteres Kursangebot „Mit den Festtagen zurechtkommen“ wird einmalig vor den Festtagen angeboten.
Des Weiteren wurde der Workshop „Recovery College Bern: Gemeinsam psychische Gesundheit und soziale Teilhabe fördern“ geplant. Mit dem Workshop möchten wir gemeinsam mit interessierten Personen die inhaltliche Ausrichtung des RCB und konkrete Herausforderungen diskutieren. Der Workshop richtet sich an interessierte Personen, zukünftige Studierende und Dozierende.

> Der Ansatz der Recovery College bietet interessierten Personen die Möglichkeit, sich zu Themen der psychischen Gesundheit und der autonomen Lebensgestaltung weiterzubilden.

Der Ansatz der Recovery College ermöglicht es, die Auseinandersetzung mit Recovery konsequent weiterzuführen. Es bietet interessierten Personen die Möglichkeit, sich zu Themen der psychischen Gesundheit und der autonomen Lebensgestaltung weiterzubilden. Die Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten steht im Zentrum, was u.a. dazu führen kann, dass dadurch die Distanz zwischen herkömmlichen Fachpersonen und Personen mit eigenen Krankheits- und Genesungserfahrungen überbrückt wird.

Literatur

Amering, M., & Schmolke, M. (2007): Recovery das Ende der Unheilbarkeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Bourne, P., Meddings, S., & Whittington, A. (2018): An evaluation of service use outcomes in a Recovery College. J Ment Health, 27(4), 359-366. doi:10.1080/09638237.2017.1417557

Davidson, L., & Strauss, J. S. (1995): Beyond the biopsychosocial model: integrating disorder, health, and recovery. Psychiatry, 58(1), 44-55.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde. (2018): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie (2. Auflage 2018 ed.).

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde (2019): S3 Leitlinie Schizophrenie. Version 1.0. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-009.html

Schulz, M., & Zuaboni, G. (Eds.). (2014): Die Hoffnung trägt: Balance Verlag.

Schulz, M., Zuaboni, G., Löhr, M., Zingsheim, A., & Kronmüller, K. T. (2019): Recovery Colleges: Grundlagen und praktische Umsetzung. In G. Zuaboni, C. Burr, A. Winter, & M. Schulz (Eds.), Recovery und psychische Gesundheit: Grundlagen und Praxisprojekte (Vol. 1, pp. 242-254). Köln: Psychiatrie Verlag.

SGPP. (2016): Behandlungsempfehlungen Schizophrenie. Retrieved from https://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/behandlungsempfehlungen/

Toney, R., Elton, D., Munday, E., Hamill, K., Crowther, A., Meddings, S., ... Slade, M. (2018): Mechanisms of Action and Outcomes for Students in Recovery Colleges. Psychiatric Services, appips201800283.

Zuaboni, G. (2019): Koproduktion: Wie Zusammenarbeit gestaltet werden kann. In G. Zuaboni, C. Burr, A. Winter, & M. Schulz (Eds.), Recovery und psychische Gesundheit: Grundlagen und Praxisprojekte (Vol. 1, pp. 102-111). Köln: Psychiatrie Verlag.

Niedrigschwellige Zugänge zu (psycho-)therapeutischen Ansätzen – Stepped-care-Modelle

Von Pascal Wabnitz

Psychotherapie, insbesondere Kognitive Verhaltenstherapie hat sich als wirksam in der Behandlung schizophrener Psychosen erwiesen. Nach wie vor erhält jedoch nur ein Bruchteil der Betroffenen Zugang zu bestehenden Angeboten. Vor dem Hintergrund begrenzter ökonomischer Ressourcen und der hohen Belastung sind neue Versorgungsmodelle unabdingbar. Gestufte Versorgungskonzepte bieten hier die Möglichkeit, vorhandene Ressourcen zu bündeln und zu koordinieren. Auf diesem Weg können verschiedene Leistungserbringer strukturiert leitliniengerechte Interventionen anbieten und an Psychose erkrankte Menschen bestmöglich unterstützen. Der vorliegende Beitrag soll hier einen Überblick zu bestehenden und zukünftigen Modellen geben.

Pascal Wabnitz
Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut (VT), Fachhochschule der Diakonie, Lehrstuhl für angewandte Psychologie in psychosozialen Handlungsfeldern

Einleitung

Psychotische Störungen wie die Schizophrenie gehören zu den komplexesten psychischen Erkrankungen und gehen häufig mit einschneidenden subjektiven Belastungen für die Betroffenen einher. Die erkrankten Personen leiden unter mannigfaltigen Problemen, welche oft auch nach erfolgter Pharmakotherapie noch weiter fortbestehen. Für das Gesundheitssystem stellen diese Erkrankungen sowohl strukturelle, therapeutische als auch volkswirtschaftliche Herausforderungen dar, welchen mit bisherigen Behandlungsstrategien und -angeboten nur unzureichend begegnet werden kann (Bechdolf & Klingenberg, 2014; Lambert et al., 2019). Während psychotherapeutische Leistungen für die sog. Common Mental Disorders (CMD v.a. Depressionen, Angststörungen, somatoforme Störungen) hierzulande breit gefächert und in vielen Fällen einigermaßen leicht verfügbar sind, stellt der Zugang zur Psychotherapie für an Psychose erkrankte Menschen eine erhebliche Barriere dar. National und international kommen weniger als ein Prozent der Betroffenen in Kontakt mit einer leitliniengerechten psychotherapeutischen Behandlung (Kopelovich, Strachan, Sivec, & Kreider, 2019; Lambert et al., 2019).
Diese erschreckend geringe Behandlungsrate bestürzt vor allem deswegen, weil die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen bei psychotischen Störungen als hinlänglich belegt gilt. Verschiedene nationale und internationale Leitlinien (National Institute for Health and Care Excellence, NICE; Schizophrenia Patient Outcome Research Team, PORT; DGPPN S3-Leitlinie Schizophrenie) empfehlen Psychotherapie, v.a. kognitive Verhaltenstherapie (KVT) als Intervention der Wahl (Lambert et al., 2019). Psychotherapie bei schizophrenen Psychosen kann sowohl die Symptomatik als auch den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen und unterscheidet sich letztlich nicht substantiell von Behandlungsansätzen für andere psychische Störungen.
Entgegen der zunehmenden Evidenz kommen entsprechende Versorgungsangebote jedoch noch zu selten bei jenen an, die sie am dringendsten benötigen (Hart, 1971). Ein Hauptproblem war lange in einer Versorgungsstruktur zu sehen, die die Anwendung von Psychotherapie bei psychotischen Störungen erschwert hat (Bechdolf & Klingenberg, 2014). Abhilfe könnten hier niedrigschwellige Interventionen schaffen, wie sie in den vergangenen Jahren im englischsprachigen Raum und vornehmlich für den Einsatz bei CMDs entwickelt wurden (Bennett-Levy et al., 2010).

Low-Intensity cognitive behavioral therapy (LI-CBT)

Low-Intensity Interventionen oder zu Deutsch niedrigschwellige oder niedrigintensive Interventionen (vgl. Wabnitz et al., 2017) wurden zu Beginn des letzten Jahrzehnts vornehmlich in Großbritannien eingeführt. Ziel dieser Angebote ist es, den bisherigen international beobachtbaren treatment gap, d.h. die Versorgungslücke in der Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen, zu begegnen (Bennett-Levy et al., 2010). Dies soll mit Hilfe von drei Prinzipien erreicht werden:

1. Reduktion von Kontaktzeit und –häufigkeit zwischen Patient und Therapeut u.a. durch den Einsatz von Gruppenformaten, begleiteter Selbsthilfe, Peer-Support und E-Health Angeboten.
2. Einsatz speziell geschulter Fachpersonen ohne formale Psychotherapieausbildung.
3. Schnellerer Zugang zu frühen Hilfen und präventiven Angeboten.

LI-CBT Interventionen sind vor allem im Rahmen von gestuften Versorgungskonzepten (Stepped-Care) organisiert und strukturiert. Stepped-Care-Modelle wiederum basieren auf zwei Prinzipien:

1. Die Behandlung beginnt mit derjenigen Intervention, die leitliniengerecht indiziert und zugleich die geringste Behandlungsintensität aufweist.
2. Das Ansprechen auf die Behandlung in der jeweiligen Stufe unterliegt einem ständigen Monitoring, so dass eine Anpassung entsprechend zum Behandlungsbedarf vorgenommen werden kann (z.B. „step-up", d.h. eine Weiterbehandlung in der nächst intensiveren Stufe, „step-down" oder ein Ausscheiden aus dem Modell (bei ausreichender Remission).

In der Regel sind diese Versorgungsmodelle eng mit sogenannten Collaborative-Care-Modellen (=vernetzte Behandlung) verbunden. Hier liegt der Fokus auf einer Verbesserung der Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure in der Gesundheitsversorgung. Sowohl Stepped-Care, wie auch Versorgungsmodelle der integrierten Versorgung, zielen letztlich auf die Optimierung des Behandlungsverlaufs, eine Verringerung von Fehl-, Unter- oder Überversorgung, sowie eine Vermeidung von Chronifizierung ab. Im Bereich der CMDs wurden Stepped-Care-Modelle intensiv beforscht und als wirksame und auch wirtschaftliche Alternative zu traditionellen Versorgungsmodellen empfohlen. Auch in der Behandlung psychotischer Störungen wird aktuell die Implementierung von Stepped-Care-Modellen propagiert (Kopelovich et al., 2018; Lambert et al., 2019).

Zu Beginn richteten sich diese Angebote vor allem an Betroffene mit CMDs. Mittlerweile liegt eine beeindruckende Datenlage vor, welche die Effektivität und Effizienz sowie Akzeptanz (vgl. Haller, Bessen, & Watzke, 2019) von LI-CBT Interventionen untermauert. In den vergangenen Jahren konnte somit eine Vielzahl von Betroffenen mit CMD erreicht werden, die ansonsten ohne leitliniengerechte Behandlung gewesen wären (Clark et al., 2018). Es liegt daher nahe, den Ansatz der LI-CBT auch auf den Bereich der Behandlung von schweren psychischen Störungen wie Psychosen zu übertragen.

LI-CBT bei Psychosen

Infolge der Anpassung der Psychotherapierichtlinie ist der Zugang für Patienten mit psychotischen Störungen in die psychotherapeutische Versorgung erheblich verbessert worden. Dies ist vor allem deswegen wichtig, da es mittlerweile als gut belegt gilt, dass psychotherapeutische und hier vor allem kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze der Behandlung psychotischer Störungen Methode der Wahl sein sollten (Bechdolf & Klingenberg, 2014). Die Prinzipien und Methoden der LI-CBT wurden bereits vor einigen Jahren im angloamerikanischen Raum auf die Behandlung von Menschen mit Psychosen übertragen. Das GOALS Programm („Getting On top of Anxiety and Low Mood and So reaching your goals") fokussiert z. B. auf die Behandlung komorbider Symptome wie Angst und Depression mit Hilfe von Aktivitätenaufbau und begleitetem Expositionstraining. Erste Studien zu diesem Ansatz deuten auf eine gute Wirksamkeit der Intervention hin und zeigen, dass diese von in der Durchführung geschulten Personen (s. g. Mental Health Worker) angeboten werden können (Waller et. al., 2018). Andere Projekte setzen auf einen Einsatz von eher achtsamkeits- und akzeptanzbasierten Methoden in der niedrigschwelligen Behandlung von Psychosen (Kopelovich et al., 2018) und zeigen ebenfalls vielversprechende erste Ergebnisse.

In der Gesamtschau ist der Einsatz niedrigschwelliger Interventionen im Bereich der Behandlung von Psychosen vielversprechend, jedoch hinsichtlich Effektivität und Effizienz noch nicht hinreichend gesichert. Eine Metaanalyse von Hazell und Kollegen deutet darauf hin, dass die Effekte von LI-CBT Interventionen bei Menschen mit der Diagnose Psychose hinsichtlich der Reduktion psychotischer Symptome ungefähr vergleichbar mit der allgemeinen Wirksamkeit von KVT bei anderen Störungsbildern seien (Hazell et al., 2016). Zudem zeigen sich die positiven Effekte unabhängig von dem Format der Intervention (Gruppe oder face-to-face) oder der Dauer (Anzahl der Stunden/Termine). Zugrundeliegende Mechanismen sollten jedoch weiterhin im Fokus der Forschung stehen.

In der Gesamtschau ist der Einsatz niedrigschwelliger Interventionen im Bereich der Behandlung von Psychosen vielversprechend, jedoch hinsichtlich Effektivität und Effizienz noch nicht hinreichend gesichert

Innovative Versorgungsangebote in Deutschland

Eine Verbesserung des Zugangs zu psychotherapeutischen Angeboten, die gleichermaßen effektiv und effizient sind, könnte durch innovative Versorgungsangebote (z.B. Early Psychosis Services (EPS), Crisis Resolution Teams (CRT) und Assertive Community Treatment Teams (ACT)) erreicht werden. Einige dieser Ansätze sind teilweise auch hierzulande erfolgreich, wenn auch nur punktuell im Einsatz (Lambert et al., 2019). Problematisch erscheint jedoch weiterhin, dass die Umsetzung in der Praxis in Deutschland der Evidenz der Behandlungsmodelle weit hinterherhinkt (Bechdolf & Klingenberg, 2016). Während einzelne Elemente der o.g. Angebote oder deren struktureller Voraussetzungen zwar vorhanden sind, fehlte es in der Vergangenheit vor allem an einer sinnvollen und notwendigen Vernetzung, sowie übergeordneten Organisation der einzelnen Behandlungsbausteine. Erforderlich erscheint hier der Einsatz von Care-Modellen, bei denen die entsprechenden Interventionsstufen zentral koordiniert werden.

Praktisch könnte dies wie folgt aussehen: Auf einer **ersten** Stufe wird neben einem aktiven Abwarten und Beobachten des Verlaufs vor allem Psychoedukation, (Peer-) Beratung sowie Selbstmanagement und begleitete Selbsthilfe angeboten. Diese Hilfen können bereits durch geschulte Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter sowie Pflegefachpersonen angeboten werden. In einer **zweiten** Stufe kommen zu diesem Team psychologische und ärztliche Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen hinzu. Alle Leistungserbringer bieten erste niedrigschwellige Einzel- und Gruppengespräche, Pharmakobehandlungen, Unterstützung in der Alltagsgestaltung, Peer-Begleitung, E-Health Angebote (z.B. internetgestütze Therapie und/oder Selbsthilfe) sowie erste KVT basierte Interventionen im face-to-face wie z.B. Aktivitätenaufbau und Exposition (siehe GOALS, Waller et al., 2019) an.

Die **dritte** Stufe umfasst dann zusätzlich Maßnahmen der beruflichen und sozialen Rehabilitation, Soziotherapie und Casemanagement bevor es in der **vierten** Stufe erstmalig voll- und teilstationäre Angebote durch das oben beschriebene multiprofessionelle Team gibt. (DGPPN, 2018; Kopelovich et al., 2018; Lambert et al., 2019).

Ausblick

Gestufte Versorgungsmodelle (i. S. v. Care Modellen) können im Rahmen einer integrierten, berufsgruppenübergreifenden Versorgung die psychotherapeutische Behandlung von Menschen, die an Psychosen erkrankt sind, maßgeblich verbessern. Zudem ermöglichen solche Modelle den Einsatz einer breiteren Basis von Gesundheitsfachberufen (Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter etc.), teilweise mit spezialisierten Fähigkeiten und Angeboten auf verschiedenen Stufen, und führen so zu einer Verbesserung des Zugangs, um bedarfsgerechte und personenzentrierte Angebote zu schaffen und in Anspruch nehmen zu können. Bestehende Angebotsstrukturen, sowie Aus- und Fortbildungscurricula sollten sich diesen zukünftigen Herausforderungen stellen und Lösungsmöglichkeiten öffnen, um eine vielfältigere und bedarfsgerechtere Angebotspalette unterbreiten zu können. Letztlich profitieren an Psychose erkrankte Menschen von den gleichen Prinzipien und Methoden der Psychotherapie, wie Betroffene mit anderen Erkrankungen, sie kommen nur zu selten in den Genuss.

Literatur

Bechdolf, A., & Klingberg, S. (2014): Psychotherapie bei schizophrenen Störungen: Kein Evidenz-, sondern ein Implementierungsproblem. Psychiatrische Praxis, 41(01), 8–10.

Bennett-Levy, J., Farrand, P., Christensen, H., & Griffiths, K. (Eds.). (2010): Oxford guide to low inten-sity CBT interventions. Oxford University Press.

Clark, D. M., Canvin, L., Green, J., Layard, R., Pilling, S., & Janecka, M. (2018): Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. The Lancet, 391(10121), 679–686.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (2018): DGPPN-Standpunkte für eine zukunftsfähige Psychiatrie. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/11a14679d449d3abc76fdd61fb7ff6c428310f67/DGPPN_Standpunktepapier%20web.pdf. Zugegriffen: 1. November 2019

Haller, E., Besson, N., & Watzke, B. (2019): „Unrigging the support wheels"-A qualitative study on patients' experiences with and perspectives on low-intensity CBT. BMC health services research, 19(1), 686.

Hart, J. T. (1971): The inverse care law. The Lancet, 297(7696), 405–412.

Hazell, C. M., Hayward, M., Cavanagh, K., & Strauss, C. (2016): A systematic review and meta-analysis of low intensity CBT for psychosis. Clinical psychology review, 45, 183–192.

Kopelovich, S. L., Strachan, E., Sivec, H., & Kreider, V. (2019): Stepped Care as an Implementation and Service Delivery Model for Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis. Community mental health journal, 55(5), 755–767.

Lambert, M., Kraft, V., Rohenkohl, A., Ruppelt, F., Schröter, R., Lüdecke, D., ... & Bargel, S. (2019): Innovative Versorgungsmodelle für Menschen mit schizophrenen Erkrankungen. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 62(2), 163–172.

Waller, H., Landau, S., Fornells-Ambrojo, M., Jolley, S., McCrone, P., Halkoree, R., ... & Craig, T. J. (2018): Improving implementation of evidence based practice for people with psychosis through training the wider workforce: results of the GOALS feasibility randomised controlled trial. Journal of beha-vior therapy and experimental psychiatry, 59, 121–128.

Wabnitz, P., Löhr, M., Schulz, M., Nienaber, A., Oppermann, G., Sauter, D., ... & Jordan, W. (2019): Perspektiven und Chancen für pflegerisch-psychotherapeutische Interventionen in der stationären psychiatrischen Behandlung. Psychiatrische Praxis. 46(03), 156–161.

Wabnitz, P., Löhr, M., Nienaber, A., Hemkendreis, B., Kronmüller, K. T., & Schulz, M. (2017): Low-Intensity Cognitive Behavioral Therapy (LI-CBT)–Eine Einführung in Konzepte und Rahmenbedingungen. PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie, 67(08), 362–368.

Psychotherapeutische Grundhaltung in der Gemeindepsychiatrie

Von Achim Dochat

Psychotherapeutisches Denken und Handeln gehört nicht zur DNA der Gemeindepsychiatrie

Die Gemeindepsychiatrie vertritt den Anspruch, psychiatrische Versorgung in die Gemeinde zu bringen. Alle Hilfen sollen sich so weit wie möglich am persönlichen Lebensumfeld der Klienten orientieren. Dass der Aufbau der Hilfen weitgehend auf der Grundlage der Eingliederungshilfe erfolgte, war eher eine „Verlegenheitslösung" (Konrad 2019). Eine konsequente Verknüpfung mit Leistungen medizinischer Behandlung und Rehabilitation ist nicht gelungen. Die Kostenträger der Eingliederungshilfe waren als Ausfallbürge durchaus bereitwillige und konstruktive Partner. In der Konsequenz hat dies allerdings dazu geführt, dass mit dem Ausbau der außerklinischen Versorgung regelrechte Parallelwelten entstanden sind. Das therapeutische Behandlungssystem und das System der gemeindepsychiatrischen Versorgung stehen relativ unverbunden nebeneinander.

Der anfängliche Versuch einer eigenständigen Begründung der Gemeindepsychiatrie in Abgrenzung zum medizinisch-therapeutischen System mutet heute naiv an. Es wurde intensiv diskutiert, ob lebensweltorientierte Hilfe nicht in erster Linie normales Umgehen miteinander und Vermittlung eines normalen Umfelds bedeute. Finzen (1981) hielt dagegen: Der Grundsatz, dass alle Hilfen am persönlichen Lebensumfeld der Klienten auszurichten seien, heiße nicht, dass das persönliche Lebensumfeld allein schon genüge. Die Professionalisierung der helfenden Berufe sei ja gerade notwendig, weil die Helfer eben nicht von Natur aus gute Menschen seien.

Entsprechend kann man noch heute feststellen, dass psychotherapeutisches Denken und Handeln nicht Teil der DNA der Gemeindepsychiatrie sind. Psychotherapie ist der therapeutischen Welt jenseits

Achim Dochat

Bis Ende 2019 Leiter des Geschäftsfeld Sozialpsychiatrie in der Bruderhaus-Diakonie Reutlingen. E-Mail: Achimdochat@web.de.

der Eingliederungshilfe zugeordnet, was in vielen gemeindepsychiatrischen Einrichtungen als fühlbare Distanz gegenüber Psychotherapie fortwirkt. Psychotherapeutisch Ausgebildete kommen in gemeindepsychiatrischen Einrichtung relativ selten vor. Entsprechend selten sind psychotherapeutische Angebote für deren Nutzer. Approbierte psychologische Psychotherapeuten sehen ihren beruflichen Platz überwiegend in der Niederlassung in eigener Praxis. Und die (gemeinde-) psychiatrischen Einrichtungen haben es versäumt, Alternativen zu gestalten.

Das unbefriedigende Ergebnis dieser Entwicklung ist heute:

1. In die Praxen niedergelassener Psychotherapeuten kommen wenige Menschen aus gemeindepsychiatrischer Betreuung.
2. In gemeindepsychiatrischen Einrichtungen gibt es wenige psychotherapeutisch Qualifizierte, die in der Lage wären, psychotherapeutische Unterstützung in bedarfsgerechter Form, alltagsorientiert im multiprofessionellen Team zu organisieren.
3. Es gibt wenig Interesse am möglichen Nutzen einer Basisqualifikation zur Förderung einer psychotherapeutischen Grundhaltung der Mitarbeitenden.

Klienten der Gemeindepsychiatrie sind seltene Gäste in psychotherapeutischen Praxen

Damit ist die Gemeindepsychiatrie letztlich auch nicht unbeteiligt an dem Umstand, dass entgegen allen fachlichen Forderungen noch heute Psychotherapie für schwer und langzeitig an Psychosen erkrankte Patienten kaum zur Verfügung steht. Auch nach den Richtlinienveränderungen von 2014 und 2017 ist diese Gruppe kein bevorzugtes Klientel in psychotherapeutischen Praxen. Und solange die Kapazitäten für Psychotherapie so begrenzt bleiben, wie sie derzeit sind, steht der Anspruch von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen überdies in Konkurrenz zu anderen Klientelgruppen.
Allerdings wäre die Zurverfügungstellung von mehr Kapazitäten für Richtlinientherapie ohnehin nur für einen Teil der Betroffenen eine angemessene Lösung. Auch von einem erweiterten Therapieangebot würden viele Klienten nicht erreicht. Rehabilitative Fortschritte werden bei stark beeinträchtigten Klienten nur im Rahmen des Alltagsgeschehens möglich sein. Fehlende Bereitschaft, Stabilität oder Belastbarkeit darf hier nicht mit fehlendem Bedarf verwechselt werden. Auf der anderen Seite sind in Bezug auf die Alltagsbegleitung z.B. im betreuten Wohnen die Ansprüche an die rehabilitative Zielsetzung und fachliche Begründung von gemeindepsychiatrischen Handlungskonzepten deutlich gewachsen. Endgültig bestätigt wird dies im neuen Bundesteilhabegesetz. Es erhebt die Eingliederungshilfe in den Rang einer Rehabilitationsleistung, die dem individuellen Bedarf entsprechend ziel- und wirkungsorientiert erbracht werden soll (Konrad 2019). Und in der Bedarfsprüfung soll stärker als bisher darauf geachtet werden, weitere Behandlungsoptionen zu erschließen. Zu diesem Zweck werden die Voraussetzungen für Komplexleistungen verbessert durch Schärfung der Regeln für das Zusammenwirken unterschiedlicher Kostenträger.
Das ist auch richtig so.
Betreutes Wohnen verfolgt gesundheitliche und Teilhabeziele, schließt einen Behandlungs- und Rehabilitationsauftrag ein. Bei Menschen mit schweren und lang andauernden psychischen Erkrankungen sind eingeschränkte psychische Funktionen untrennbar verbunden mit gestörten Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung und sozialen Konflikt- und Problemlagen. Ihr Hilfebedarf liegt immer im Überschneidungsbereich von psychosozialer Betreuung und medizinischer Behandlung. Das Verschwinden der Langzeitbereiche, die Verkürzung der Akutbehandlungszeiten in den Kliniken und die Ausweitung von ambulanten Betreuungsmöglichkeiten haben zu Gemengelagen mit neuen Äußerungsformen psychiatrischer und sozialer Probleme geführt. Mitarbeitende von gemeindepsychiatrischen Einrichtungen bringen mit ihrem Blick auf psychiatrische Problemlagen in der Lebenswelt eine eigene, vom klinischen Behandlungswissen verschiedene Expertise ein. Sie sind Fachleute für die Formen der Äußerung von Krankheitssymptomatik im gesellschaftlichen Alltag. (Dochat 2005)

Im Grunde muss man fragen, wie es überhaupt zu einer Gegenübersetzung von Psychotherapie und Gemeindepsychiatrie kommen kann.

Was bedeutet psychotherapeutische Kompetenz bei gemeindepsychiatrischen Hilfen?

„Psychiatrie ist Psychotherapie in Aktion, oder sie ist nichts wert. Damit wird allerdings eine Psychotherapie gemeint, die vor dem zurückgezogenen, wortkargen und abweisenden Patienten nicht scheut.“ (Karl Peter Kisker, zitiert nach Greve 2017). Kisker redet hier eindeutig nicht von regelmäßigen Therapiesitzungen, sondern von der grundsätzlichen Gestaltung der Hilfe, d.h. sowohl der Rahmenbedingen, als auch der persönlichen Kontakte, unter fachlichen Gesichtspunkten. Beides ist in der Praxis untrennbar verbunden. „Je umfassender psychisch Kranke gestört bzw. je tiefer sie regrediert sind, desto bedeutsamer werden Fragen des förderlichen Milieus, der hilfreichen Umwelt, der angemessenen Atmosphäre oder des Klimas gegenüber anderen Dimensionen therapeutischer Einflussnahme“(Heltzel, 1995).
Für Ciompi (2003) ist Psychosenbehandlung grundsätzlich eine Mischung aus psychotherapeutischer Behandlung im engeren Sinne, Milieugestaltung sowie psychosozialer Beziehungsgestaltung und Kompetenzförderung. Alle drei Komponenten haben ihren Anteil. Ihr Einsatz ist Ergebnis eines reflektierten Umgangs mit Bedarf und Belastbarkeit. Je akuter, desto stärker steht das Milieu, die Gestaltung von Rahmenbedingungen im Vordergrund. Je weniger akute Symptomatik, desto eher ist zielorientierte reflexive Aufarbeitung möglich. Die Behandlungsvorschläge, die er auf der Grundlage seines Psychoseverständnisses im Rahmen des Soteriakonzepts entwickelt hat, sind wesentlich milieutherapeutische und Interaktionsprinzipien. Auch die Gestaltung von Umgebungsbedingungen und -anforderungen, die Gestaltung von Interaktion sieht er als Komponenten therapeutischer Wirksamkeit, ohne Psychotherapie im engeren Sinne zu sein. Langzeitige psychotherapeutische Begleitung wird hier verstanden als ein an Krankheitsstadium, Belastbarkeit und Zielsetzung angepasstes flexibles, multimodales, methodenübergreifendes Vorgehen.

Im Grunde muss man fragen, wie es überhaupt zu einer Gegenübersetzung von Psychotherapie und Gemeindepsychiatrie kommen kann. Schließlich ist sozialpsychiatrisches Handeln in erster Linie Beziehungsarbeit, die versucht, unzähligen Erfahrungen des Scheiterns an und in Beziehungen neue positive Beziehungserfahrungen gegenüberzustellen. Ein wesentliches Wirkprinzip

einer auf Kontinuität angelegten Begleitung ist das Gelingen einer „haltenden Beziehung“ (Heltzel 2000). Schon das Gelingen der Kontaktaufnahme und das Anknüpfen und Gestalten einer Beziehung ist der Angelpunkt jeder weiteren Arbeit mit Klienten. Es gilt deshalb, dem Beziehungsgeschehen die volle Aufmerksamkeit zuzuwenden (Firnenburg, 1998). Wir haben es in der psychiatrischen Arbeit schließlich nicht selten mit Menschen zu tun, „denen es ein Vergnügen ist, verborgen zu bleiben, zugleich jedoch ein Desaster, nicht gefunden zu werden.“ (Heltzel 2000) Eine treffende Beschreibung, auch wenn das „Vergnügen“ oft eher eine innere Not ist. Arbeit mit psychisch kranken und beeinträchtigten Menschen ist nicht einfach voraussetzungs- und ziellose Begegnung im Alltag. Sie sollte reflektiert, zielorientiert und fachlich begründet sein. Und Menschen, die sich in helfende Beziehungen begeben, haben Anspruch auf Professionalität.

Gefordert ist eine Neuorientierung weg von einer auf Dauer angelegten, umfassend verantwortlichen Fürsorgehaltung.

Greve (2017) spricht von der Notwendigkeit einer „psychotherapeutischen Durchdringung aller psychiatrischen Hilfen“. Und in der Tat kann man z.B. als Mitarbeiter des betreuten Wohnens von psychotherapeutischen Methoden vieles lernen, was als Basiskompetenz in Beziehungsgestaltung und Teilhabeförderung nützlich ist.

- Empathie und Echtheit,
- Supportive oder motivierende Gesprächsführung
- Nonverbale Kommunikation
- Aufmerksamkeit für Beziehung(-squalität) und ihre Gestaltung
- Achtsamkeit
- Psychotherapeutische Grundlagen (systemisches Verständnis von Situationen, Beziehungsnetzwerken und Familiensystemen, verhaltenstherapeutische Wirkmechanismen im Alltag, ...)
- Ressourcenorientierung, Stärken sehen und nutzen
- Deeskalierende Reaktionsfähigkeit

Teilhabeförderung statt lebenslanger Betreuung

Das mit dem BTHG verbundene neue Verständnis der Eingliederungshilfe als Rehabilitationsleistung zur Unterstützung von Teilhabe in möglichst vielen Lebensbereichen verändert auch die Anforderungen an die Mitarbeitenden gemeindepsychiatrischer Dienste. Gefordert ist eine Neuorientierung weg von einer auf Dauer angelegten, umfassend verantwortlichen Fürsorgehaltung hin zu Arbeitsformen einer beratenden Begleitung auf dem persönlichen Weg, die notwendige Hilfen erschließen und organisieren hilft. Dies erfordert nicht weniger als eine veränderte Grundhaltung der mitarbeitenden Fachkräfte. Im Hinblick auf Zielsetzung und fachliche Anforderungen kann man hier durchaus von der Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Grundhaltung sprechen. Elemente einer solchen Grundhaltung sind:

- Transparenz und Authentizität im eigenen Verhalten
- Vermittlung von Sicherheit und Vertrauen
- Verantwortung der betreuenden Person für die Beziehung, nicht für die Entscheidung
- Gemeinsame Arbeit an der Beziehung im offenen Dialog (wohlwollend respektvoll und gleichzeitig als kritisch reflektierender Partner)
- Wertschätzung und Respekt vor den Fähigkeiten und Eigenheiten einschließlich der Bereitschaft zur Akzeptanz ungewöhnlichen Verhaltens
- Bemühen um Verstehen des subjektiven Sinns von symptomatischem Verhalten
- Eine immer wieder neu gemeinsam auszulotende Balance zwischen Ermutigung (Ressourcenblick) und Risikobegrenzung
- Aufnahme der individuellen Wünsche, Ansprüche und Visionen, d.h. aktiv und ermutigend mit ihnen umgehen, deren Realitätssinn nicht voreilig bewerten, aber sich aus der eigenen fachlichen Sicht heraus mit ihnen auseinandersetzen
- Der Klient ist der Taktgeber in der gemeinsamen Arbeit, auf Überforderung achten und bei Bedarf Tempo herausnehmen.
- Bei Bedarf flexible, aber gleichzeitig verlässliche und berechenbare Regeln und Grenzen
- Die eigene Haltung reflektieren und die Berufsidentität weiter entwickeln

Die glaubwürdige Vertretung einer solchen Grundhaltung stellt hohe Anforderungen an die Mitarbeiter. Im besten Fall werden sie unterstützt durch die Einbindung in eine entsprechende Teamkultur, die sich in der Kommunikation mit Klienten, aber auch in der Qualität von Team-, Fall- und Supervisionsbesprechungen niederschlägt. Notwendig sind in jedem Fall entsprechende berufsbegleitende Fortbildungsangebote (Greve 2017, Firnenburg 1998), oder sogar zeitlich aufwändige qualifizierende Weiterbildungen.

Die geplante Reform der Psychotherapeutenausbildung (vgl. den Beitrag von Munz in diesem Heft) soll der Bedeutung der Gemeindepsychiatrie als wesentlicher Ort der Versorgung von schwer und chronisch psychisch kranken Menschen angemessen Rechnung tragen. Versorgungsstrukturen außerhalb der Krankenhausbehandlung und ambulanten Versorgung in den Praxen werden mit in die Ausbildung einbezogen und damit u.a. Psychotherapeuten in der und für die Gemeindepsychiatrie qualifiziert. Eine höhere Zahl von angestellten Psychotherapeuten wird ihrerseits zu einer den Anforderungen entsprechenden qualitativen Weiterentwicklung beitragen. Nicht zuletzt verbessern sich damit die Voraussetzungen für die Förderung einer psychotherapeutischen Grundhaltung bei den Erbringern von Hilfen zur Teilhabe. Ein riesiger Fortschritt, der hoffentlich nicht daran scheitert, dass die Gemeindepsychiatrie selbst noch nicht ausreichend auf diesen Entwicklungsschritt eingestellt ist.

Literatur

Ciompi, L. (2003): Für eine sanftere Psychiatrie –zum Menschen- und Krankheitsverständnis der Affektlogik, Psychiatrische Praxis, 30, Supplement 1

Dochat, A. (2005): Integrierte Versorgung psychisch kranker Menschen und Gemeindepsychiatrie, Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 1/2005

Finzen, A. (1981): Die neue Einfachheit oder die Inter-Professionalisierung der Psychiatrie, Sozialpsychiatrische Informationen 1981

Firnenburg, C. (1998): Die psychotherapeutische Grundhaltung, Soziale Psychiatrie 4/1998

Greve, N. Psychotherapeutische Grundhaltung, in: Rosemann, M. (2017): Konrad, M. (Hg.) Selbstbestimmtes Wohnen – Mobile Unterstützung bei der Lebensführung, Köln

Heltzel, R. (1995): Die haltende Beziehung im stationär-psychiatrischen Setting, Sozialpsychiatrische Informationen 1/1995

Heltzel, R. (2000): Psychodynamische Grundhaltung in der Gemeindepsychiatrie, Psychotherapie Forum 8/2000

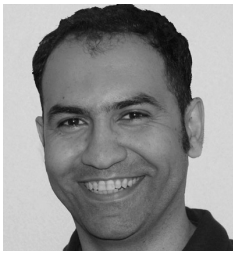
Konrad, M. (2019): Die Assistenzleistung – Anforderungen a. d. d. Eingliederungshilfe durch d. BTHG, Köln

Therapie ohne Absicht

Therapeutische Wirksamkeit des Trialogs

Der Trialog im Sinne einer Begegnung als Experten zwischen Erfahrenen, Angehörigen und Mitarbeiterschaft des psychiatrischen Hilfesystems („Profis") ist zugleich Anspruch, Qualitätsmaßstab, Realutopie und konkretes Geschehen – in den Psychoseseminaren als Keimzelle des Trialogs, in Trialogforen mit Öffnung für andere Erfahrungen und in weiteren trialogischen Projekten: z.B. Öffentlichkeitsarbeit, Beschwerdestellen, Behandlungsvereinbarungen, Forschung. In Psychoseseminaren ist Veränderung nicht beabsichtigt, wird Entwicklung aber gerade dadurch möglich. Das Ringen um eine gemeinsame Sprache, offenes Psychoseverständnis und eine andere Beziehungskultur stehen im Vordergrund und ermöglichen eine andere Wahrnehmung von sich und anderen sowie neue Handlungsoptionen für alle Beteiligten – Therapie ohne Absicht, Familientherapie ohne die eigene Familie, Supervision ohne Bezahlung!

Thomas Bock
Prof. für Klinische Psychologie und Sozialpsychiatrie, mit Dorothea Buck Gründer des Psychoseseminars und trialogischer Projekte für Sensibilität und Toleranz, Lehre und Forschung, Autor von wissenschaftlichen Beiträgen, Fach- und Kinderbücher, einige trialogisch.



Huttan Behjat-Mohammadi
Dipl. Psychologe und Psychotherapeut, zur Zeit mit Ermächtigung für geflüchtete Menschen und seit 2010 Co-Moderator beim Psychoseseminar. Sein Cousin ist 1982 als Soldat in den Krieg gezogen und kehrte nach drei Jahren mit einer Psychose nach Hause zurück.

Rabea Fischer
Psychologin, macht derzeit ihre Promotion in Hamburg und ist seit 2013 beim Psychoseseminar dabei, seit diesem Jahr auch als Co-Moderatorin. Hat Psychose als Angehörige miterlebt.

Paradoxe Wirkung des Psychoseseminars

In wohlwollender Umgebung über sich zu sprechen, dabei Psychose- und Lebenserfahrung selbstverständlich zu verknüpfen, hilft, die Erfahrung in das eigene Selbstverständnis und die eigene Lebensgeschichte zu integrieren, sie nicht als nicht zugehörig abzuspalten oder sogar zu leugnen. Das Psychoseseminar spannt einen Raum auf, in dem verschiedenste Erfahrungen – gut oder schlecht – ernstgenommen, akzeptiert und ihre emotionalen Konsequenzen aufgefangen und von der Gruppe gehalten werden können. Vielleicht gerade weil keine Veränderung intendiert ist, wird sie möglich - *Therapie ohne Absicht*.
Dieser Prozess ist nicht beschränkt auf eine bestimmte Perspektive:
So kann das Seminar eine Atmosphäre schaffen, in der Menschen über sich und ihre Psychoseerfahrung sprechen, die sich das bisher im therapeutischen Kontext nicht trauten. Solch eine Narration hat Kraft und ist ein wesentliches Element von Psychotherapie.
Ohne familiäre Abhängigkeit kann es Erfahrenen und Angehörigen leichter fallen, sich in die Rolle des anderen zu versetzen. Man traut sich, andere Dinge zu fragen und kann die Wahrnehmung der anderen Perspektive manchmal besser annehmen, wenn sie von einer fremden Person vorgetragen wird, ob Erfahrener oder Angehöriger. Auf dem Umweg der Fremdheit gelingt die Verständigung – Familientherapie ohne Familie.
Auch TherapeutInnen bietet das Zuhören ohne die Bürde der Verantwortung die Chance, eine vollständigere Wahrnehmung und mehr Gelassenheit im Umgang mit ungewöhnlicher Erfahrung zu erlangen – dreifache (aus drei Perspektiven) Supervision ohne Bezahlung.
Lernende und Studierende werden durch die bunte Vielfalt subjektiver Perspektiven rechtzeitig verunsichert, bevor Diagnosen und Standardprogramme zu viel Eigenmacht bekommen.
Um das leisten zu können, braucht das Psychoseseminar bei aller Dringlichkeit und Schwere der Themen auch Leichtigkeit und Humor. Paradoxerweise gelingt das oft gerade deshalb, weil Therapie und Veränderung *nicht* das erklärte Ziel sind.
Sinnsuche geschieht im Psychoseseminar nicht so sehr auf individueller psychoanalytischer Ebene, sondern auf einer eher grundsätzlichen „philosophischen", vielleicht auch manchmal etwas oberflächlichen Ebene. So wird dort Psychose verstanden als Ausdruck eines Ringens um Eigenheit, als Lösungsversuch vorausgegangener Konflikte und Krisen, als Rückgriff auf frühere Entwicklungsstufen, als verzweifelter Versuch der Angstreduktion usw. Dieser eher bescheidene Ansatz kann ermutigend wirken.

Herrschaftsfreier Diskurs

Die Teilnahme an Psychoseseminaren wird nicht verordnet, sondern selbst entschieden, ist unentgeldlich und wird nicht von Kassen finanziert. Das Ringen um einen „herrschaftsfreien Diskurs" (Habermas 1981) ist bitter notwendig auch als Vorbild für den psychiatrischen / psychotherapeutischen Alltag. 1944 war Schizophrenie für viele ein Todesurteil, 2014 machte der Gemeinsame Bundesausschuss Psychosen-Psychotherapie zur Pflichtleistung – über 70 Jahre ein beeindruckende kultureller Wandel, an dem der Trialog beteiligt ist, der aber lange noch nicht selbstverständlich ist, zumal viele Ausbildungsinstitute für Psychotherapie die Umsetzung verweigern.

Auch die Sprachwahl ist entscheidend: Trialog ist ein Kunstwort; eigentlich genügt Dialog für die Beschreibung einer respektvollen Beziehung egal wie vieler Personen oder Gruppen. Diese Beziehung war und ist unter Erfahrenen, Angehörigen und Profis jedoch so wichtig, dass sich Trialog durchsetzte.

Offenes Verstehen

Der Trialog hat die pathologische Sicht um die anthropologische ergänzt: Neben die Suche nach Fremdheit und Normabweichung rückt die nach dem zutiefst Menschlichen uns allen Gemeinsamen – wenn auch in verschiedener Ausprägung. Aus dieser Perspektive kann die Angst überlebenswichtig sein, der Zwang als Ritual Angst binden, die Depression als Schutzmechanismus, die Manie als Flucht nach vorne erscheinen. Die sozialen Wahrnehmungs- und Beziehungsmuster der Borderline-Störung erinnern an die Pubertät, die der Psychosen an die frühe Kindheit: Alles auf sich zu beziehen, ist ein Versuch Halt zu finden, wenn die Abstraktion von sich selbst noch nicht oder nicht mehr möglich ist und die Vielfalt der Eindrücke überfordert.
Wir alle können psychotisch werden, die Frage ist nur ab wann: Zu viel kann uns zwingen zu dissoziieren, zu wenig Halluzinationen triggern. Nur die Schwelle ist verschieden, ab wann wir aus der gemeinsamen Realität aussteigen oder nicht mehr ohne Echo bleiben können. Aus dieser Perspektive mischen sich die Fragen nach Funktionalität und Dysfunktionalität sowie die Suche nach Störung und Sinn. So vermittelt der Wahn wie der Traum Angst- und Wunschanteile, Bedrohung und Bedeutung. Diese Sichtweise reduziert Stigma und erhöht die Chance der Aneignung / Selbstverantwortung.
Auch wie mit Psychose in anderen Kulturen umgegangen wird, wie Symptome universell sein können und welche andere Therapiemöglichkeiten in anderen Ländern praktiziert werden, die der hiesigen klassischen Psychiatrie nicht entsprechen und trotzdem erfolgreich eingesetzt werden. Das öffnet in den Teilnehmern neue Horizonte und hilft dabei nationale sowie kulturelle Grenzen des „Psychose"verständnisses zu überwinden.

„Menschen müssen im Unterschied zu anderen Lebewesen um ihr Selbstverständnis/-gefühl ringen. Es gehört zu unseren Möglichkeiten, an uns zu zweifeln und dabei auch zu verzweifeln, über uns hinaus zu denken und uns dabei auch zu verlieren … Wer darüber psychotisch wird, ist also kein Wesen vom anderen Stern, sondern zutiefst menschlich". (trialogische „blaue" Broschüre: „Es ist normal, verschieden zu sein", AG Psychoseseminare 2009).

Beziehung im Mittelpunkt

Menschen in Psychosen sind tief erschüttert und existentiell mit sich beschäftigt. Mit ihnen psychotherapeutisch zu arbeiten, ist eine dankbare Aufgabe, allein weil die therapeutische Angst vor Manipulation und schwieriger Abgrenzung ins Leere geht. Umgekehrt ist die Not so existentiell und das Bedürfnis nach einem therapeutischen Gegenüber so stark, dass die Anwendung schulenspezifischer Techniken alleine keine Chance hat.
Kein Verhaltenstherapeut wird Wahn wegkonditionieren, keine Gesprächstherapeutin nur enthaltsam sein, kein Systemiker nur managen können; das psychoanalytische Setting ohne Blickkontakt ist fragwürdig wie auch eine Familientherapeutin, die niemandem zu nahekommt. Doch mit persönlicher Präsenz und fachlicher Varianz können sie alle als Gegenüber Halt und Orientierung geben sowie mit kognitivem, sozialem und biografischem Know-how hilfreich sein. Wie ist unsere Haltung in der therapeutischen Rolle: Sind wir eher Krankheitsbekämpfer oder eher Gesundheitsunterstützer, eher Rückfallvermeider oder eher Krisenbegleiter? Wollen wir Symptome vor allem beseitigen oder auch verstehen und dadurch entkräften? Können wir uns eine Balance zwischen diesen Polen vorstellen – gemeinsam mit dem Patienten?
Die entsprechende Bescheidenheit, Sensibilität und Grundsätzlichkeit kann man im Psychose-Seminar lernen, den weitergehenden Diskurs des Zusammenwirkens der Spezialisten für Denken, Fühlen und Handeln dann im deutschen Dachverband Psychosen-Psychotherapie (DDPP) führen.

Wie ist unsere Haltung in der therapeutischen Rolle: Sind wir Krankheitsbekämpfer oder Gesundheitsunterstützer, Rückfallvermeider oder Krisenbegleiter? Wollen wir Symptome beseitigen oder auch verstehen und entkräften?

Compliance oder Empowerment? – Zielsetzung des Psychoseseminars

Psychiatriehistorisch sind Psychoseseminare die Antithese zur reinen Psychoedukation. Statt Krankheitseinsicht und Compliance werden Eigensinn und Empowerment zu Zielgrößen. Eine große Schweizer Studie unterstreicht die Notwendigkeit dieser Erweiterung: Unter Patienten mit Psychoseerfahrung hatten diejenigen mit „idiosynkratischen" (=eigensinnigen) Krankheitskonzepten eine höhere Lebensqualität, weniger Depressionen und Suizidalität. Auch die Psychoedukation sollte daher subjektorientierter und dialogischer gehandhabt werden.

Stigmaresistenz und soziale Wahrnehmung – Wirkung des Psychoseseminars

Eine systematische Evaluation von Psychoseseminaren ist nicht einfach; wer gerade dabei ist Subjekt des Geschehens zu werden, will nicht im nächsten Moment Objekt von Forschung werden. Es gibt etliche qualitative Studien, die den subjektiven Wert des Trialogs unterstreichen, sowie quantitative Bestandsaufnahmen, die die Repräsentativität der Zusammensetzung verdeutlichen. Die folgenden Aussagen lassen sich auch mit quantitativen Daten belegen:

- Psychoseseminare erreichen Menschen mit erster und wiederholter Psychoseerfahrung (als Betroffene und Angehörige), mit und ohne Psychiatrie-Erfahrung, viele mit viel Eigensinn. Es herrscht keine Selektion.
- Sie verbessern die Stigmaresistenz und die soziale Wahrnehmung bei allen drei Gruppen.
- Trialogische Antistigmaprojekte reduzieren soziale Distanz, stereotype Wahrnehmungen und negative Gefühle bei SchülerInnen, bei der Polizei, beim Strafvollzug, in der Jugendhilfe, bei Medizinberufen …
- Produkte des Trialogs wie Beschwerdestellen, initiale Familienkonferenzen und Behandlungsvereinbarungen u.a. sind wertvolle Angebote sozialer Psychiatrie – abhängig von der Qualität des Prozesses.

Aneignung statt Entfremdung – Ergebnis des trialogischen SuSi-Forschungsprojekts

Gelten das Bedürfnis nach Sinn und der Wert der Narration nur für TeilnehmerIn-

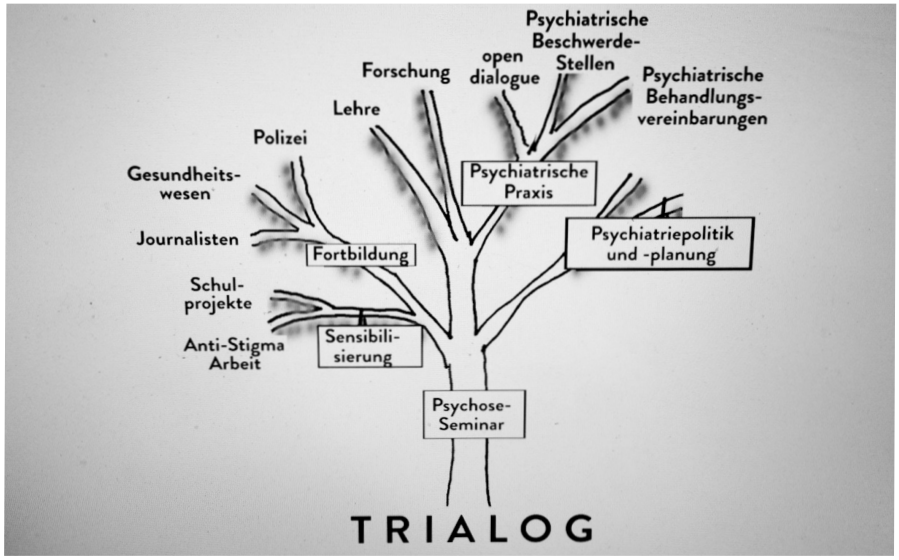
nen des Psychose-Seminars oder darüber hinaus? Um diese Frage zu beantworten, entstand eine trialogische Forschungsgruppe, die mit hohem Aufwand einen Fragebogen entwickelte, der nach der subjektiven Bedeutung der Psychoseerfahrung fragt – auf drei Zeitebenen, bezogen auf die Vorgeschichte der Psychose, das aktuelle Erleben und die künftigen Erwartungen bzw. Befürchtungen. Das Ergebnis einer großen Befragung mit fast 500 Psychoseerfahrenen aus verschiedenen Regionen/Zusammenhängen ergab: ca 80 % verbinden Psychose- und Lebenserfahrung, etwa die Hälfte erleben Psychosen auch positiv, ca. 60 % deren Auswirkungen auch konstruktiv. Bemerkenswert ist die Wechselwirkung: Je mehr die biographische Aneignung der ungewöhnlichen Erfahrung gelingt, desto ausgeprägter sind Zuversicht und Hoffnung. Der Auftrag, dabei zu helfen, richtet sich an Psychoseseminare, Genesungsbegleiter und Psychotherapeutinnen. Folgendes Zitat von Gwen Schulz, Genesungsbegleiterin in der UKE-Ambulanz, macht das anschaulich:
„Ich will in meinem So-Sein angenommen, in meinem Geworden-Sein verstanden und in meiner Lebensperspektive ermutigt werden“.

Verschiedene Ebenen des Trialogs

Das Psychose-Seminar ist die Keimzelle, aus der sich mehrere trialogische Projekte ergeben haben, die sich wiederum mit anderen trialogischen Projekten anderer Herkunft (z.B. open dialog und peer-support) mischen – mit unterschiedlicher Relevanz für die Leitfrage der (in)direkten Therapie.
So hat beispielsweise die Peer-Arbeit von/für Erfahrene/n und Angehörige/n vielfältige Vorläufer und Wurzeln – in Deutschland vor allem in den Psychoseseminaren – und trägt umgekehrt die Idee und Kultur des Trialogs in den psychiatrischen Alltag. Wesentliche Ergebnisse von Genesungsbegleitung/Peer-Support sind die Förderung von Selbstwirksamkeit bei Erfahrenen (Mahlke u.a. 2014) und die Entlastung/Prävention bei Angehörigen (Heumann u.a. 2015).
Begegnungsprojekte in Schulen und Betrieben oder trialogische Fortbildungen (für Lehrerschaft, Jugendhilfe, Polizei, Pastoren, Strafvollzug, Medien usw.) sind ohne das Zusammenwirken der drei Gruppen undenkbar bzw. wirkungslos (s. auch www.irremenschlich.de).
Trialogische Forschungsprojekte (z.B. EmPeeRie Hamburg) und Nutzerorientierte Wissenschaftsberatung (NoW) sind wichtige Instrumente zur weiteren Entwicklung von „Empirischer“ (im Sinne von Erfahrungsorientierter) Wissenschaft (BOCK u.a. 2014).
Die Kontrolle und Weiterentwicklung von Psychiatrie gewinnt erheblich an Qualität durch die Beteiligung aller drei Gruppen in Beschwerdestellen, Besuchskommissionen, Planungs- und Koordinationsgremien.

Ausblick

Der Trialog ist keine ergänzende oder alternative Herangehensweise an die Versorgung von Menschen mit Krisenerfahrung. Die Einbeziehung der Erfahrenen und Angehörigen in die Entwicklung und Durchführung von Therapiemöglichkeiten ist unabdingbar. Die Begegnung als Experten sollte prägend sein für die künftige Behandlungskultur. Insbesondere vor dem Hintergrund neuer Behandlungsformen wie Hometreatment, der Verlagerung der Akutbehandlung von der Klinik in die häusliche Umgebung der bzw. des Betroffenen, wird trialogisches Denken und Handeln unabdingbar. Eine offenere Wahrnehmung psychischer Krisen und eine andere Begegnungskultur sind zugleich notwendige Voraussetzung von zuhause-Behandlung wie auch deren folgerichtige Konsequenz. Ein Treffen der Psychoseseminare 2019 in Köln verbreitete Zuversicht und Aufbruchstimmung (www.psychoseseminar.de); ein dort erstmalig gezeigter halbstündiger Film vom Weltkongress für soziale Psychiatrie 1994 in Hamburg „Abschied von Babylon – Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie“ (der erste nach den Nazi-Verbrechen und zugleich der erste im Trialog) vermittelt die Geschichte des Trialogs (www.irremenschlich.de).



Literatur

AG der Psychoseseminare (2009): Es ist normal verschieden zu sein – Psychosen verstehen und behandeln (erstellt im Trialog – zum Selbstkostenpreis von 1 Euro zu bestellen bei den Verbänden der Erfahrenen, Angehörigen, Profis (DGSP), über den Autor oder www.irremenschlich.de)

Bock, T. (2016): Raum und Psyche – aus sozialpsychiatrischer, anthropologischer, trialogischer Sicht, in: Haslinger B (Hrsg) Raum und Psyche – ein transdisziplinärer Dialog zu Freiräumen in der Psychiatrie, Psychosozial Verlag

Bock, T., Priebe St (2005): Psychosisseminars, an unconventional approach for how users, carers and **Bock, T. (2006):** Eigensinn und Psychose – Noncompliance als Chance, ISBN 978-3-926200-90-7 Paranusverlag Neumünster, 170 Seiten

Bock, T., Ruppelt, K., Klapheck, K. (2014): Sinnsuche und Genesung – Erfahrungen und Forschungen zum Subjektiven Sinn von Psychosen, Psychiatrieverlag

Bock, T., Buck, D., Esterer, I. (2007): StimmenReich – Mitteilungen über den Wahnsinn, Psychiatrieverlag

Bock, T., Heinz, A., (2016): Psychose – Ringen um Selbstverständlichkeit, Psychiatrieverlag

Bock, T., Brysinski, T., Klapheck, K., Bening, U., Lenz, A., Naber, D. (2010): Zum Subjektiven Sinn von Psychosen – das Hamburger SuSi-Projekt, Psychiatrische Praxis

Habermas, J. (1981): Theorie des kommunikativen Handelns, Suhrkamp

Schomerus, G., Angermeyer, M. (2012): Evolution of public attitudes about mental illness: A systematic review and meta-analyses, in. Acta Psychiatrica Sca,d 1-13

Mahlke, C. I., Krämer, U. M., Becker, T., & Bock, T. (2014): Peer support in mental health services. Current opinion in psychiatry, 27(4), 276-281.

Heumann, K., Janßen, L., Ruppelt, F., Mahlke, C., Sielaff, G., & Bock, T. (2016): Auswirkungen von Peer-Begleitung für Angehörige auf Belastung und Lebensqualität. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 64(1), 45–53.

Psychosenkonzept des Offenen Dialogs

Von Volkmar Aderhold

Der Beitrag beschreibt das Verständnis und den therapeutischen Umgang mit Menschen in psychotischem Erleben im Ansatz des Offenen Dialogs. Dabei stehen zunächst Netzwerkgespräche mit den wichtigen Bezugspersonen binnen 24 Stunden nach der ersten Kontaktaufnahme mit der Psychiatrie am selbst gewählten Ort, meist zu Hause im Vordergrund, eventuell sogar vor der Zimmertür des Betroffenen. Diese Gespräche werden in Umrissen dargestellt. Zu einem späteren Zeitpunkt meist nach Abklingen des psychotischen Erlebens wird von ca. 60% der Betroffenen zusätzlich eine individuelle Psychotherapie in Anspruch genommen.

Volkmar Aderhold
Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie u. Psychotherapeutische Medizin, Lehrtherapeut DGSF. 10 Jahre Oberarzt Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf. Aktuell Mitarbeiter d. Instituts f. Sozialpsychiatrie a. d. Universität Greifswald; freiberuflich tätig mit Qualifizierungsmaßnahmen z. „Offenen Dialog“

Offener Dialog und Psychose

Im Ansatz des Offenen Dialoges wird eine Psychose – neben weiteren erklärenden Dimensionen – als eine prinzipiell verstehbare Reaktion auf unerträgliche und ungelöste Lebensprobleme aufgefasst. Daher wird eine psychotisch veränderte Mitteilung auch **als ein sinnhafter Versuch verstanden, Kommunikation herzustellen**, die auf andere Weise nicht mehr oder noch nicht möglich ist.
„Wir beobachten üblicherweise, dass Patienten offenbar eine Erfahrung machen, die von dem Rest ihrer Familie nicht wahrgenommen wird. Auch wenn der Kommentar von Patienten in den ersten Versammlungen unverständlich erscheint, lässt sich nach einer Weile feststellen, **dass der Patient über reale Vorkommnisse in seinem Leben spricht.** Das Ziel der Zusammenarbeit ist es dann, einen Umgang mit und Worte für die Erfahrungen zu finden, für die es bisher keine Ausdrucksmöglichkeiten oder gemeinsame Sprache gegeben hat.“ (Seikkula & Arnkil 2007, S. 69/70)
Psychotische Erfahrungen sollten daher möglichst offen diskutiert werden.

Risiko von vorangegangenen biographischen Traumatisierungen bei Menschen mit Psychosen

Auch neuere empirische Studien über das Ausmaß **vorangegangener biographischer Traumatisierungen** bei Menschen mit psychotischen Störungen bestätigen die Häufigkeit.

Ein besonderes Zeitfenster zu Beginn („window of opportunity“)

Es hat sich in der Praxis gezeigt, dass für die Zugänglichkeit bisher unausgesprochener Erfahrungen ein **besonderes Zeitfenster** besteht: „Daher sollte der **Patient auch und gerade in der akuten psychotischen Phase** an den ersten Netzwerktreffen teilnehmen“ (Seikkula und Alakare 2015, S.29).

Wer teilnehmen sollte

Netzwerk des Klienten:
- Familie und Personen des sozialen Netzwerks
- Anwesenheit möglichst vieler Vertrauenspersonen des Betroffenen.

Professionelle Personen:
Initial oft mehrere Personen: so viele, dass keiner zu große Angst vor dem Treffen hat.
Vor dem Hintergrund der im Netzwerkgespräch erlebten Passung kann die Entscheidung leichter getroffen werden, wer in der Krise enger mit dem Netzwerk arbeitet.

Wenn ein Experte **aus Erfahrung** Mitglied des Teams ist, kann dies meist sehr hilfreich sein. Er kann oft die Brücke bauen zu Klienten, die aufgrund negativer Erfahrungen schwer zugänglich oder misstrauisch sind.

Ort des Gesprächs

Vorzugsweise zu Hause bei dem Klienten oder einem Ort der Wahl durch den Klienten oder die anderen Gesprächsteilnehmer.

Die Art der Gesprächsführung

„Es ist häufige Praxis, dass zunächst **einer der Therapeuten mit der Person im Zentrum der Krise in einen Kontakt tritt, der aus einem sorgfältigen und ausführlichen Austausch mit Fragen und Antworten besteht.** Zweck dieses Zwiegesprächs ist es, genau zu hören und - falls erforderlich - zu helfen, Wörter für die Not und Verzweiflung der Person zu finden, die ansonsten in Symptomen „verkörperlicht“ bleiben, und eine gemeinsame Sprache zu entwickeln.“ (Olsen et al 2014 S. 5/6 Übersetzung VA)
Durch die Professionellen sollten die psychotischen Erfahrungen also offen und **nicht bewertend, sondern wertschätzend** aufgenommen werden.
Im Modell der „Polyphonie“ sind sogenannte Wahnideen und Stimmenphänomene eine gleichwertige Stimme neben allen anderen.

Dialogische Haltung und Zuhören

Der Dialog beginnt damit, genau zuzuhören, was die Klienten und alle An-

wesenden tatsächlich sagen und nicht den Versuch zu machen, zu interpretieren, was sie vermutlich denken. Innere und äußere Dialoge von möglichst vielen Anwesenden verbinden sich, das Sprechen gewinnt an Offenheit. So wird das Bedeutung webende Netzwerk sozialer Beziehungen, die „Polyphonie des Lebens“ zur treibenden Kraft der Psychotherapie. (vgl. Seikkula 2003, S. 87)

Dialogische Fragen

Statt mit spezifischen Interviewmethoden zu arbeiten – wie andere systemische Ansätze – **folgt das professionelle Team den Themen der anderen Gesprächsteilnehmer und versucht eine Sprache zu benutzen**, die für die Familie üblich ist. Darüber hinaus sollten auch die Bilder und Problemformulierungen des Netzwerkes verwendet werden. Auch ein Wahn ist eine Problemformulierung.

Durch das **Finden neuer Worte im gemeinsamen Dialog entstehen neue Bedeutungen und ein neues Verständnis**, ein reflektierender gemeinsamer Austausch. Die gemeinsam erlebten Gefühle schaffen neue Verbindungen untereinander.

Der Klient wird gebeten, mehr über diese Erfahrungen mitzuteilen und Beispiele zu erzählen und eine genauere Erklärung für sie zu geben. „Ich habe eine solche Erfahrung nie gemacht. **Können Sie mir mehr darüber erzählen, damit ich ihre Erfahrung besser verstehen kann?**“
„Wenn die neue Sprache das Original erfasst, die unausgesprochene, beunruhigende Geschichte und den Kontext in dem die Symptome zuerst aufgetaucht sind, dann beginnt der Dialog Symptome zu kompensieren. Wenn Netzwerkmitglieder Sprache finden für ihre traumatischen Erfahrungen, werden sowohl die beschriebenen Situationen als auch die mit ihnen verbundenen Gefühle beherrschbar.“ (Seikkula & Trimble 2005)

Mögliche weitere Fragen:

(1) Was ist vor der Krise passiert?
Was ist vor der ersten Krise passiert?
Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen diesen Erfahrungen und ihrer Krise?
Können Sie etwas über die Zeit erzählen, als es Ihnen das letzte Mal gut gegangen ist? Was hat sich seitdem Belastendes ereignet?
(2) Was ist das Problem?
Auch diese Frage macht deutlich, dass die **Symptome selbst nicht schon eine hinreichende Problembeschreibung darstellen**, sondern auf etwas anderes verweisen, dass sich jedoch nicht leicht erfassen und erschließen lässt. Symptome und Verhaltensweisen sind nur verstehbar im näheren und weiteren aktuellen sowie historisch biografischen Kontext. **(Kontextualisierung)**
Es sollte nicht der Versuch gemacht werden, einen vorschnellen Konsens zwischen den Anwesenden herzustellen. Es ist besser Unsicherheiten und Unklarheiten auszuhalten und diese offen zu lassen.
(3) Was sollte (jetzt) getan werden?
Hilfreich kann es sein, Orte und Zeiträume der Entspannung/Sicherheit zu suchen/zu finden.
Wer tut wem jetzt gut?
Zu wem besteht das meiste Vertrauen?
Wenn diese Person nicht anwesend ist, kann sie zu einem Netzwerkgespräch eingeladen werden?
Ausreichenden Schlaf gewährleisten, evtl. auch durch Hypnotika.

Je nach Verlauf wird dann ganz auf Neuroleptika verzichtet oder ihre Anwendung wird dann zunächst in mindestens drei Netzwerkgesprächen mit allen Vor- und Nachteilen diskutiert, bevor eine endgültige Entscheidung getroffen wird.

Entscheidungen

Müssen Entscheidungen getroffen werden - d.h. ergeben sich einzelne Schritte nicht selbstverständlich aus dem Prozess - so sollte nur über die Schritte entschieden werden, die jetzt absolut notwendig sind. Alle anderen Entscheidungen werden vertagt.
Die Frequenz der Sitzungen/das Zeitintervall zwischen den Sitzungen muss allen Beteiligten dabei jedoch genügend Sicherheit geben.

Zusammenfassung und Fragen zum Ende des Gesprächs

Zusammenfassung der Vereinbarungen und Verabredungen.
Wann brauchen Sie uns wieder?
Wer soll noch eingeladen werden?
Fühlen Sie sich bis dahin sicher genug, so dass wir jetzt auseinander gehen können?
Telefonnummern der/eines professionellen Teilnehmers hinterlassen.
Telefonnummer des Krisendienstes für die Zwischenzeit hinterlassen.

Frequenz der Sitzungen bei akuten Psychosen

Erfahrungsgemäß sind bei erstmaligen Behandlungen zu Beginn **oft tägliche Netzwerkgespräche über 10-12 Tage erforderlich**, wenn die Akutbehandlung zu Hause erfolgen soll.
Das ist ein Abstand, indem genügend Sicherheit bzw. Toleranz von Unsicherheit angesichts der offenen Fragen bei der gemeinsamen „Suchbewegung“ entstehen kann und keine vorschnellen Entscheidungen getroffen werden müssen.
Am Ende eines jeden Treffens wird die Frage diskutiert, ob und wann es ein weiteres Treffen geben soll.
Auch im Falle einer stationären Aufnahme sollten die Gespräche dort fortgesetzt werden. Vorübergehende stationäre Behandlungen sollten nicht als Versagen aufgefasst werden.

Nach einem intensiven Anfangsprozess entstehen meist mehrwöchige bis mehrmonatige Abstände zwischen den Treffen und es ist es in der Regel möglich, den Abstand zwischen den Gesprächen vorab verlässlich zu verabreden.

Neuroleptika

Neuroleptikabehandlung wird bei Ersterkrankten in den ersten Gesprächen meist nicht vorgeschlagen. Ein längerer neuroleptikafreier Behandlungszeitraum von einigen Wochen wird angestrebt. Je nach Verlauf der Symptomatik wird dann ganz auf Neuroleptika verzichtet oder ihre Anwendung wird dann zunächst in mindestens 3 Netzwerkgesprächen mit allen Vor- und Nachteilen diskutiert, bevor eine endgültige Entscheidung getroffen wird. So kann bei 50-70% der Ersterkrankten in West-Lappland-Teams auf Neuroleptika vollständig in den ersten 2 bzw. 5 Jahren gemäß der Studien verzichtet werden.
Die Gabe von Benzodiazepinen/Tranquillizern oder Schlafmedikation wird

jedoch in den ersten Wochen bei ca. einem Drittel der Betroffenen praktiziert.

Wirkungen

Diese dialogischen nach Verstehen suchenden und um Verständigung ringenden Gespräche, wirken damit „antipsychotisch", oft auch über das Gespräch hinaus.
Gespräche der gegenseitigen Verständigung über die Probleme und Schwierigkeiten sowie die gemeinsame Suche nach gangbaren Lösungen verstärken das Gefühl selbst aktiv Handelnde im eigenen Leben zu sein. Es fördert auch die kognitiven Funktionen.

Literatur

Bonoldi I, Simeone E, Rocchetti M et al (2013): Prevalence of self-reported childhood abuse in psychosis: a meta-analysis of retrospective studies. Psychiatry Res. 210(1):8-15.

Olson, M.; Seikkula, J.; Ziedonis, D. (2014): The key elements of dialogical practice in open dialogue: fidelity criteria Online verfügbar: http://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/

Seikkula, J.; Trimble, D. (2005): Healing elements of therapeutic conversation: Dialogue as an embodiment of love. Family Process 44(4), 461–475

Seikkula, J. (2008): Inner and outer voices in the present moment of family and network therapy. Journal of Family Therapy, 30(4), 478–491

Seikkula, J.; Olson, M. (2003): The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics. Family Process , 42(3), 403–418

Qualifizierung für Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf

Psychotherapeutische Weiterbildung in der Gemeindepsychiatrie

Von Dietrich Munz

Die Psychotherapeutenausbildung wird reformiert. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten[1] durchlaufen künftig ein Universitätsstudium, das sie mit einem Master abschließen. Das Studium qualifiziert praktisch und theoretisch mit bundeseinheitlichen Studieninhalten und -strukturen zur Ausübung psychotherapeutischer Heilkunde. Deshalb kann anschließend nach einer staatlichen Prüfung eine Approbation erteilt werden. Nach der Approbation absolvieren Psychotherapeuten eine Weiterbildung, in der sie sich für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder Erwachsenen und in einem Psychotherapieverfahren spezialisieren. Die Änderung der Psychotherapeutenausbildung tritt am 1. September 2020 in Kraft. In wenigen Jahren werden die ersten Absolventen in die Weiterbildung gehen.
Die Reform beendet ein großes Ärgernis in der bisherigen Psychotherapeutenausbildung. Heute muss sich unser Nachwuchs nach abgeschlossenem Studium jahrelang ohne geregeltes Einkommen und ohne ausreichende soziale und rechtliche Absicherung bis zur Approbation zusätzlich ausbilden lassen. Die Approbation nach dem Studium und mit einer Staatsprüfung ist die Voraussetzung dafür, dass die zukünftigen Psychotherapeuten in Weiterbildung keine Praktikanten mehr sind, sondern sozialversicherungspflichtige Beschäftigte mit einem entsprechenden Einkommen.
Die Reform der Psychotherapeutenausbildung ist auch erforderlich, um den Psychotherapeutenberuf flexibler an die Versorgung psychisch kranker Menschen anzupassen, die sich in den vergangenen 20 Jahren deutlich geändert hat. Die Psychotherapeutenkammern werden dazu Weiterbildungen regeln, die auch für Tätigkeiten in der Gemeindepsychiatrie qualifizieren. Bei angemessenen Rahmenbedingungen werden danach viele Psychotherapeuten nicht nur befähigt, sondern auch bereit sein, direkt in den Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie an der Versorgung von Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf mitzuwirken.

Das künftige Studium: Grundlagen für die Breite der Versorgung

Bereits im Studium werden die angehenden Psychotherapeuten künftig noch umfassender auf die Breite ihrer Tätigkeiten vorbereitet. Dazu gehören nicht nur das Erkennen, Heilen und Lindern psychischer Erkrankungen und damit Krankenbehandlung im engeren Sinne. Psychotherapeuten werden darüber hinaus auch für Beratung, Prävention und Rehabilitation ausgebildet. Nach dem Entwurf der Approbationsordnung, der

Dietrich Munz
Dr., Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer und der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

im Februar vom Bundesrat verabschiedet werden soll, muss die Breite dieser Anforderungen nicht nur durch die universitäre Lehre abgedeckt werden. Zusätzlich sind Praktika zu absolvieren in Einrichtungen der psychotherapeutischen, psychiatrischen, psychosomatischen oder neuropsychologischen Versorgung oder in diesen Einrichtungen vergleichbaren Einrichtungen der Prävention oder Rehabilitation. Damit eröffnen sich bereits im Studium Möglichkeiten, andere Versorgungsstrukturen jenseits der Krankenhausbehandlung und ambulanten Versorgung im engeren Sinne kennenzulernen.

Weiterbildung: Spezialisierung für die Versorgung

Die Approbation nach dem Studium befähigt noch nicht zur eigenverantwortlichen Anwendung von Psychothe-

[1] Die im Text verwendete Bezeichnung Psychotherapeut schließt alle Geschlechter ein.

rapieverfahren. Dafür ist danach eine mehrjährige Weiterbildung mit einer Berufstätigkeit in der Versorgungspraxis notwendig. Erst nach der Weiterbildung kann die erforderliche Fachkunde zur Versorgung von Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung erlangt werden. Diese berufliche Qualifizierung nach der Approbation wird durch die Psychotherapeutenkammern geregelt. In deren Weiterbildungsordnungen wird festgelegt, welche Kompetenzen Psychotherapeuten in der Weiterbildung erwerben müssen, um den Anforderungen der Versorgung gerecht werden zu können. Nach der Vorstellung der Psychotherapeutenschaft wird die Weiterbildung hauptberuflich verpflichtend in der ambulanten und stationären Patientenversorgung stattfinden. In der Weiterbildung erfolgt die Spezialisierung für „Kinder und Jugendliche“ und „Erwachsene“ und die Qualifizierung für die Anwendung von wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren. Damit die Weiterbildungen möglichst bundeseinheitlich sein werden, entwickelt die Bundespsychotherapeutenkammer gemeinsam mit den Landeskammern zunächst eine Musterweiterbildungsordnung.

Unser Ziel: Weiterbildung in der und für die Gemeindepsychiatrie

Psychotherapeuten arbeiten nicht nur in Praxen und Krankenhäusern. Sie beraten und behandeln daneben auch in der Jugend- und Erziehungshilfe, in der Gemeindepsychiatrie und in der Behindertenhilfe. In diesen speziellen Versorgungsbereichen scheitert der Einsatz psychotherapeutisch qualifizierter Fachkräfte oft an den mangelhaften strukturellen Rahmenbedingungen wie der unzureichenden Refinanzierung von Psychotherapeutenstellen mit ihrer qualifikationsentsprechenden tariflichen Einstufung. Zum anderen müssen Systemgrenzen überwunden werden, damit psychotherapeutische Leistungen hier auch als Krankenbehandlungen erbracht werden können. Ein weiterer Grund, dass wir gegenwärtig das Potenzial der Psychotherapeuten in der Gemeindepsychiatrie zu wenig nutzen, ist der bisherige Fokus ihrer Ausbildung auf der ambulanten Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dadurch wird der Blick auf mögliche andere Arbeitsfelder oftmals verstellt.
Künftig soll eine Weiterbildung auch auf die besonderen Anforderungen an Psychotherapeuten in speziellen Arbeitsgebieten vorbereiten. Dabei geht es nicht nur um die „klassische Richtlinienpsychotherapie“, sondern auch um die besonderen Versorgungsbedarfe von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den verschiedenen Sektoren. In der Gemeindepsychiatrie stehen weniger die Einzeltherapie, sondern vielmehr Krisenintervention, Stabilisierung, Beziehungsarbeit, der Einbezug des sozialen Umfeldes und Koordinierungsaufgaben im Vordergrund, oft auch als aufsuchende Angebote. Die Arbeit in der Gemeindepsychiatrie soll künftig freiwillig möglich werden. Für eine verpflichtende Weiterbildung in der Gemeindespsychiatrie fehlen in der Regel noch die nötigen personellen und organisatorischen Rahmenbedingungen. Zunächst müssen die rechtlichen Anforderungen der Heilberufe- und Kammergesetze der Länder und der Weiterbildungsordnungen der Psychotherapeutenkammern erfüllt werden. Weiterbildung muss beispielsweise in hauptberuflicher Tätigkeit stattfinden und es muss einen Weiterbildungsbefugten geben, der ebenfalls Psychotherapeut ist. Diese Anforderung kann vor allem kleinere Einrichtungen vor nicht immer lösbare Herausforderungen stellen. Diese Rahmenbedingungen wollen wir mit den Trägern der Einrichtungen erörtern, damit wir unseren Nachwuchs so bald wie möglich auch in der Gemeindepsychiatrie weiterbilden können.

Insgesamt bietet dieser Auftrag eine große Chance, schwer psychisch kranke Patienten intensiv, vernetzt und koordiniert besser zu versorgen.

Schwer psychisch kranke Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung wurde der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, für schwer psychisch kranke Patientinnen und Patienten mit einem komplexen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf ein neues ambulantes Versorgungsangebot zu schaffen. Mit einem solchen Behandlungsangebot soll die bestehende Lücke zwischen dem stationären Sektor und der psychiatrischen und psychotherapeutischen Regelversorgung geschlossen werden.
Dabei handelt es sich insbesondere um intensiv-psychotherapeutische Leistungen aus Einzel- und Gruppentherapie, medikamentöser Behandlung, Soziotherapie, häuslicher psychiatrischer Krankenpflege und Ergotherapie. Auch die Kooperation mit gemeindepsychiatrischen Einrichtungen und die systematische Berücksichtigung von Leistungen zur Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen soll durch dieses neue Versorgungsangebot gefördert werden. Das neue komplexe Leistungsangebot soll künftig durch Psychotherapeuten oder Psychiater koordiniert werden. Psychotherapeuten erhalten deshalb neben den Befugnissen zur Veranlassung von Krankenhausbehandlung, medizinischer Rehabilitation, Soziotherapie und Krankentransport auch die Befugnis, psychiatrische Krankenpflege und Ergotherapie zu verordnen. So werden Psychotherapeuten künftig in noch umfassenderer Weise bei schwer psychisch kranken Menschen in der ambulanten Versorgung die erforderlichen Leistungen veranlassen und koordinieren können. Die Kooperation der niedergelassenen Psychotherapeuten mit der Gemeindepsychiatrie wird dadurch einen zusätzlichen Schub erhalten.
Aber auch die Vernetzung der niedergelassenen Psychotherapeuten mit dem stationären Versorgungsbereich wird weiter gestärkt werden. Um nach Entlassung aus dem Krankenhaus unmittelbar eine ambulante Weiterbehandlung zu erleichtern, wird es den Psychotherapeuten künftig ermöglicht, noch während der stationären Behandlung probatorische Sitzungen auch direkt im Krankenhaus durchzuführen. Darüber hinaus sollen auch die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) in die neue ambulante Komplexversorgung einbezogen werden. Für ihre Leistungen der neuen Komplexversorgung sollen sie nach EBM vergütet werden, um PIA-Ambulanzen zu ermöglichen, jenseits der limitierenden Quartalspauschalen im Einzelfall intensive hochfrequente Komplexbehandlungen zu erbringen.
Dem Gemeinsamen Bundesausschuss kommt nun die Aufgabe zu, innerhalb der sehr kurzen Frist zum 31. Dezember 2020 die entsprechenden Regelungen für solche ambulanten Angebote für komplexe Versorgungsbedarfe in einer eigenen Richtlinie zu gestalten. Insgesamt bietet dieser Auftrag eine große Chance, schwer psychisch kranke Patienten intensiv, vernetzt und koordiniert besser zu versorgen.

SPECTRUM

Die spinnen, die Römer!

Auflösung der forensischen Krankenhäuser in Italien – Bericht aus der Praxis

Von Patrizia Di Tolla

Zur Vorgeschichte

Als ich in den Jahren 1977/1979 in Triest (eine Stadt in Nord-Ost-Italien) in „Ospedale psichiatrico“ (OP) - Psychiatrisches Krankenhaus - als Studentin der Psychologie und „Volontärin“ bzw. Freiwillige bei Dr. Franco Basaglia[1] arbeitete, war die Schließung der psychiatrischen Anstalt voll im Gange.[2] Das Gesetz Nr. 180 zur Schließung der psychiatrischen Kliniken in Italien befand sich im Erprobungsverfahren als nationales Modell mit Begleitforschung. Die Forschung wurde von dem „Centro Nazionale di Ricerca“ (CNR) - Nationales Forschungszentrum - und gerade in Triest bei Professor Basaglia, seinem Begründer, durchgeführt.
Ich schrieb später meine Diplomarbeit darüber. Schon damals hörte ich: „Jetzt schließen wir die OPen - die Psychiatrischen Krankenhäuser - und dann kommen die „Ospedali psichiatrici giudiziari“ (OPGen), ähnliche forensische Einrichtungen wie die Krankenhäuser des Maßregelvollzuges (KMV) in Deutschland. Ich dachte, Obelix hatte doch recht: „Die spinnen, die Römer!“ Ich dachte, als junge unerfahrene Psychologie-Studentin, wo sollen dann die gefährlichen psychisch Kranken hin? Heute nach 40 Jahren weiß ich, wie die Geschichte zu Ende gegangen ist. Es ist eine faszinierende Geschichte mit Höhen und Tiefen. Sie ist geprägt durch Mut, starke fachliche Kompetenz, viel Arbeit, Geduld, ein wenig Kampf gegen die Bürokratie. Hinzu kommt viel Glaube an die Menschen und Überzeugungsarbeit gegen Stigmatisierung sowohl bei Politik und Verwaltung als auch in der Bevölkerung.
Die Ergebnisse sind überwältigend – die OPGen sind heute im Jahr 2019 in ganz Italien geschlossen. Aber wie fing es an?

Struktur der allgemeinen Psychiatrie

Es ist notwendig, diese Struktur darzustellen, weil nach der Reform der forensischen Psychiatrie gerade die allgemeine Psychiatrie auch für alle psychiatrischen Patient*innen zuständig ist.
Im Jahr 1978 wurde das Gesetz Nr. 180[3], das sogenannte „Legge Basaglia“, erlassen und somit die Schließung der Psychiatrischen Krankenhäuser (OPen).
Im gleichen Jahr wurde das Gesetz Nr. 833[4] verabschiedet, mit dem das Nationale Gesundheitssystem neu organisiert wurde. Damit wurde auch die Organisation der psychiatrischen Versorgung auf kommunaler Ebene begründet. Es sollten für die entlassenen Psychiatrie-Patient*innen und für die chronischen Patient*innen ambulante Angebote aufgebaut werden. In jeder Kommune wurden gegründet: eine Abteilung für Psychische Gesundheit „Dipartimento di Salute Mentale“ (DSM), eine psychiatrische Station in dem allgemeinen Krankenhaus zur Diagnose und Behandlung „Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura“ (SPDC) und mehrere Zentren für Psychische Gesundheit – „Centro di Salute Mentale“ (CSM). Für den akuten Notfall sollte der SPDC zuständig sein. Dazu sollten Einrichtungen des Betreuten Wohnens mit intensiver und weniger intensiver Betreuung, Tageszentren und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation aufgebaut werden. Diese werden sowohl von kommunalen als auch von gemeinnützigen Trägern geführt.
All diese Einrichtungen sind auch heute der kommunalen Abteilung für Gesundheit – „Dipartimento di Salute Mentale“ (DSM) unterstellt. Diese Abteilung ist Teil der kommunalen Planungsstelle und wissenschaftliche Koordination der klinisch administrativen Aktivitäten des Allgemeinen Gesundheitsdienstes „Azienda sanitaria locale“ (ASL).

Forensische Entwicklung in Italien

Die gesetzlichen Normen des alten Strafrechts aus dem Jahr 1930 sind leider noch heute in Kraft. Die Sicherheitsmaßnahmen für Straftäter mit psychischer Krankheit treffen auf Menschen zu, die für ihre Tat nicht verantwortlich sind.

Patrizia Di Tolla
Dipl.-Psychologin, Regionalleiterin der Psychosozialen Dienste Neukölln und Treptow in Berlin

Diese unterliegen einer Schuldunfähigkeit, weil es ihnen zur Zeit der Straftat an der Fähigkeit „zu verstehen und willentlich zu beeinflussen“ fehlte. Einsicht und Steuerungsfähigkeit sind nicht vorhanden. Regelungen dazu finden sich im Artikel 88 Strafgesetzbuch (Codice Penale Art. 88 Vizio totale di mente)[5].
Wenn die Menschen als gefährlich für die Gesellschaft gelten, werden sie nach Artikel 222 Strafgesetzbuch zu einer Sicherheitsmaßnahme „Misura di Sicurezza“ verurteilt. Die Notwendigkeit zu Sicherheitsmaßnahmen hat früher auch zur Einweisung in eine OPG (Krankenhaus des Maßregelvollzugs/Forensik) führen können.
In Italien gab es vor der Reform sechs OPGen, in ganz Italien verteilt. Mit wenigen Ausnahmen waren sie in alten und maroden Gebäuden unterbracht, die als Gefängnisse zwischen 1876 und 1939 erbaut wurden. Im Jahr 2013 waren dort 1051 Patienten untergebracht. In mehreren Berichten des italienischen Parlaments wird über die Zustände der OPGen berichtet.[6]

Schließung der „Ospedali Psichiatrici Giudiziari“

Im Jahr 2014 wird das Gesetz Nr. 81 verabschiedet. Dieses entscheidet die Schließung der OPGen bis zum 31.03.2015 und sieht ein „Tavolo di monitoraggio“ – einen Runden Tisch zum Monitoring des Gesetzes vor. Dieser legt einmal im Jahr einen Bericht zum Stand der Gesetzes-Umsetzung vor.
Die Gesetzgebung zur Schließung der

OPGen und der Aufbau der Strukturen zur Behandlung und Rehabilitation der forensischen Patient*innen bestehen aus mehreren Gesetzen und Dekreten. Schon im Dezember 2011 wurde das Gesetz Nr. 211 zur „Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari“ - Überwindung der Forensischen Krankenhäuser - verabschiedet. Es folgen das Gesetz Nr. 9 im Jahr 2012, Nr. 23 und Nr. 51 im Jahr 2013, die die genauen Schritte der Umsetzung beschreiben und deren Fristen festlegen.[7] Dies deutet auf einen langen Prozess zur Schließung der OPGen, auf den Diskussionsprozess auch in der Zivilgesellschaft sowie auf die ständige Anpassung der Umsetzungsschritte.

Zeitbegrenzung der Strafunterbringung

Eine Änderung des Gesetzes von fundamentaler Bedeutung betrifft die Voraussetzungen zur Unterbringung in einer OPG und führt zu einer grundsätzlichen Verbesserung der Sicherheitsmaßnahmen und einer Gleichstellung der Straftäter mit und ohne psychische Krankheit.[8] Diese dürfen maximal so lange andauern, wie die Zeit der Strafunterbringung für den gleichen Straftatbestand für Personen ohne psychische Erkrankung, die daher „in der Lage sind, zu verstehen und zu handeln“. Diese Gleichstellung wird auch in der UN-Behindertenrechtskonvention gefordert, die sowohl von Italien als auch von Deutschland ratifiziert wurde.[9]
Die Einführung einer maximalen Strafzeit im KMV (Krankenhaus im Maßregelvollzug) wäre in Deutschland dringend geboten und wird auch von dem Fachausschuss Forensik der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) in verschiedenen Stellungnahmen gefordert.[10] Sehr wichtig bei der Einführung des Gesetzes Nr. 81 in Italien ist, dass das Gericht vor der Unterbringung in einer OPG verpflichtet ist zu überprüfen, ob für die einzuweisende Person eine andere Maßnahme geeignet wäre, die Person zu behandeln und deren Gefährlichkeit unter Kontrolle zu halten. Diese könnten zum Beispiel die Unterbringung in einer (halb-)geschlossenen psychiatrischen Wohneinrichtung oder spezielle Auflagen bei der Behandlung in ambulanten Einrichtungen und Diensten sein.
Zusammengefasst: Die Sicherheitsmaßnahme ohne Einweisung ist prioritär zu der Maßnahme mit Einweisung in eine OPG. Die Tatsache, dass evtl. keine individuellen therapeutischen Maßnahmen außerhalb der OPGen zur Verfügung stehen ist nicht ausreichend, um die Einweisung in OPGen zu beschließen.

Zuständigkeit im Gesundheitsbereich

Von grundsätzlicher Bedeutung ist, dass vor dem Jahr 2013 die OPGen der Justiz unterstellt waren und daher als Strafanstalten geführt wurden. Mit der Reform wurden die OPGen durch die „Residenza per la Esecuzione delle Misure di Sicurezza“ (REMS) - Wohneinrichtung zur Durchführung der Sicherheitsmaßnahmen - ersetzt. An Stelle der sechs OPGen wurden kleine geschlossene regionale Einrichtungen aufgebaut und somit die Verantwortlichkeit und die Pflichtversorgung für die forensischen Patient*innen an die jeweiligen Regionen übertragen. Mit dem neuen Gesetz sind diese neuen Einrichtungen, die REMS, der Gesundheitsbehörde unterstellt, inklusive deren Finanzierung. Somit ist die vordergründige Aufgabe die Behandlung und nicht die Abwehr von Gefährlichkeit oder das Absitzen der Strafe durch das „Aufbewahren“ in Strafanstalten. Der größte Vorteil zudem ist, dass die neu entstandenen Strukturen REMS regional zugeordnet sind. Die Patient*innen der aufgelösten OPGen (Forensische Krankenhäuser) wurden in ihre Herkunftsregion zurückgeführt, die mit ihrem REMS (Wohneinrichtung) und den vorhandenen allgemeinen Psychiatrischen Diensten für sie zuständig wurden und heute noch sind. Somit ergibt sich die Möglichkeit, die Rückführung des Patienten nach der Entlassung in seine Herkunftsregion besser zu gestalten oder sogar erst zu ermöglichen.

> Die Einführung einer maximalen Strafzeit im Maßregelvollzug wäre in Deutschland dringend geboten und wird auch von der DGSP gefordert.

Mit den neuen gesetzlichen Regelungen wurde die Personalausstattung durch medizinisches und rehabilitatives Personal sowohl quantitativ als auch qualitativ stark verbessert. Am Beispiel von Volterra: Es gibt insgesamt 52 Plätze, davon die halboffene „Residenz“ mit 12 Plätzen und die REMS mit 40 Plätzen. Für diese beiden Einrichtungen sind 80 Mitarbeiter*innen vorgesehen, darunter Pflegekräfte, Erzieher, Sozialbetreuer, Ärzte, Rehabilitationspädagogen und Sicherheitskräfte.[11] Die REMS sind kleine Strukturen zwischen 20 und maximal 40 Plätzen, die weniger Kontrollen und mehr Behandlung anbieten. Die Sicherheit wird durch die Polizei außerhalb der REMS gewährleistet und ist keine Aufgabe der medizinischen, rehabilitativen Dienste. Unklarheit besteht noch zwischen dem alten Strafgesetzbuch, welches die Maßnahme rechtlich als Strafmaßnahme ansieht und dem Gesetz Nr. 81, in dem die Maßnahme eine medizinische ist. Behandlung und Rehabilitation in der REMS sind die Hauptaufgaben. Das medizinische Personal kann und darf keine Sicherheitsaufgaben übernehmen. Ein sehr kritischer Punkt bleibt weiterhin die persönliche Verantwortung des Psychiaters gegenüber den Handlungen des Patienten bezüglich der Gefährlichkeit für sich und andere.

Erfahrung aus einer Reise in die Toskana

Im Sommer 2018 besichtigte ich mit dem Fachausschuss Forensik der DGSP die REMS in Volterra sowie ambulante offene und (halb-)geschlossene Wohneinrichtungen für forensische Patient*innen in der Toskana, speziell in Florenz.[12] Die deutschen Teilnehmer*innen erhielten die Möglichkeit eine Vielzahl an Fragen zu stellen. Beeindruckend war, wie die ärztliche Leiterin Dr. Claudia Montanelli unsere Fragen beantwortete. Patienten und Mitarbeiter saßen in der REMS zusammen mit den Gästen aus Deutschland und beteiligen sich an den Gesprächen. Speziell die Frage des Umgangs mit Gewalt und der eventuellen Verweigerung bei der Einnahme von Medikamenten durch die Patient*innen musste mehrmals von mir übersetzt werden, da diese von den italienischen Mitarbeiter*innen nicht verstanden wurde.
Gefragt war: „Welche Maßnahmen werden in Krisen- und Notfallsituationen getroffen?“ Die ärztliche Leiterin antwortete, dass sie seit eineinhalb Jahren nie die Notwendigkeit habe, Maßnahmen gegen Aggressivität und Gewalt zu treffen. Sogar die Frage nach Schutzmaßnahmen der Mitarbeiter*innen konnte erst nach viel Überlegen und Diskutieren beantwortet werden. „Ah ja, es existiert ein Gerät, das wie ein Telefon aussieht“, war die Aussage von Dr. Claudia Montanelli. Nach mehrmaligem Nachdenken der Mitarbeiter*innen wurde der Name des Gerätes in Erinnerung gerufen: es heißt „Mann am Boden“. Das Gerät sollte man

als Mitarbeiter*in mit sich führen. Dies löst automatisch einen Alarm aus, sobald jemand angegriffen wird und am Boden liegt. Sie tragen es jedoch nicht, weil das Gerät oft bei anderen Aktivitäten auf den Boden fällt z. B. beim Spritzen und dann einen „falschen“ Alarm auslösen würde und es wurde bisher nie gebraucht.
In Deutschland steht vorwiegend bei jeder Besichtigung von psychiatrischen und speziell forensischen Einrichtungen die Frage nach Gewalt, Aggression und entsprechenden Maßnahmen zur Abwehr dazu im Mittelpunkt und wird sehr intensiv diskutiert. Sogar in Heimen und ambulanten Einrichtungen wird aktuell erwogen, ob jede/r Mitarbeiter*in ein “Notfall-Gerät“ mit sich tragen müsse, bzw. ob „Notfallschalter“ in jeder Station vorhanden sein müssten. Die Gäste des Fachausschusses Forensik waren beeindruckt von den Erzählungen in der REMS, die diese Maßnahmen als überflüssig darstellten. Es lag kein ideologischer Hintergrund oder ausdifferenziertes spezielles Fachkonzept dazu vor, nur die Erfahrung aus der Praxis.

Freiheitsentziehende Maßnahmen

Grundsätzliche Bedeutung hat auch die Tatsache, dass das Personal in der REMS keine Zwangsmaßnahme durchführen darf. Dafür ist das CSM (Zentrum für Psychische Gesundheit) zuständig, das auch für die Allgemeine Psychiatrie zuständig ist. Somit muss das Personal der REMS die Kolleg*innen von außen holen, um die Patienten abholen zu lassen. Diese werden dann in der Abteilung für Psychiatrie eines Allgemeinen Krankenhauses, der SPDC untergebracht, um sie dort, mit entsprechendem Antrag und Bewilligung, mit Zwangsmaßnahmen zu behandeln. Die Zwangseinweisung wird nicht von einem Richter, sondern vom Bürgermeister unterschrieben, da nach dem Gesetz Nr. 180 die Zivilgesellschaft dafür verantwortlich ist. Das gilt auch bei Medikamentenverweigerung, die in der REMS nicht zwangsverabreicht werden können. Diese Probleme werden aber durch das Verhandeln und wenn es notwendig ist, durch Überzeugungsarbeit meistens gelöst.

Das Gespräch in Mittelpunkt

Es wurde auch nicht einmal in diesen eineinhalb Jahren eine Zwangseinweisung wegen Gewalt oder Medikamentenverweigerung notwendig, so die Aussage von Dr. Claudia Montanelli: „Wir können doch mit unseren Patienten viel reden. Wir sollen sie im Gespräch überzeugen.“ Außerdem gibt es in den Wohneinrichtungen - REMS - viel weniger aggressive Handlungen als damals im OPG. Hier ist mehr Platz, mehr Personal, die Zimmer sind Einzelzimmer. In den forensischen Krankenhäusern - OPGen - gab es Mehrbettzimmer. Viel wichtiger ist aber, dass die Mehrheit der Patient*innen sich außerhalb der Einrichtung mit Begleitung aufhält. Viele Patient*innen sind in rehabilitativen Maßnahmen in der kleinen Stadt Volterra bei der Kommune tätig, z. B. im Gartenbereich in öffentlichen Parkanlagen, in der Bäckerei, bei einem Tischler etc.

> Es wurde nicht einmal eine Zwangseinweisung wegen Gewalt oder Medikamentenverweigerung notwendig.

Damit sind die Aggressivität und das Gewaltpotential stark reduziert, weil sich die Menschen den ganzen Tag im Sozialraum „draußen“ befinden und nicht in geschlossenen Einrichtungen sind. Die Zellen im „OPG-Gefängnis“ waren oft am Tag geschlossen. Die Patienten konnten sich nicht, wie hier, über die Etagen frei bewegen. Demnach können die kleinen REMS mit dem medizinischen und rehabilitativen Personal ganz anders geführt werden als die Strafanstalten.
Wie Dorothea Buck[13], die Gründerin der Psychiatrie-Selbsthilfebewegung in Deutschland, in ihren Büchern und in dem Film „Himmel und mehr“ betonte, wurde in der Psychiatrie mit den Patienten früher nie geredet und heute viel zu wenig. Sie nannte das „die Psychiatrische Gesprächlosigkeit“[14]. Reden ist aber die Grundvoraussetzung, um Beziehungen aufbauen zu können und die eigene Lebensgeschichte aufzuarbeiten.
Es ist anzumerken, dass in den REMS im Vergleich zum KMV in Deutschland fast die doppelte Anzahl Personal in Bezug auf die Patientenanzahl vorhanden ist. Somit ist auch die notwendige Zeit für Gespräche mit den Patient*innen vorhanden. Die Möglichkeit zu reden, wirkt sich auch erheblich auf die Reduktion von Aggressivität aus.
Im Jahr 2014, als die OPGen geschlossen wurden, befanden sich in ganz Italien 817 Menschen (davon 750 Männer und 67 Frauen) in diesen Einrichtungen.
Sie sollten in den neuen REMS oder in (Wohn-)Einrichtungen der Allgemeinen Psychiatrie untergebracht werden.
Andere forensische Patient*innen waren schon früher in die Allgemeine Psychiatrie ambulanter Einrichtungen entlassen worden. Zum Vergleich: wir haben in Berlin ca. 650 Patienten*innen im KMV, in ganz Deutschland waren es am 31.12.2014 10.499 Patient*innen.[15]
Heute gibt es 35 REMS in ganz Italien mit 610 Patient*innen. Mir ist bewusst, dass nicht in ganz Italien die REMS und die ambulanten Einrichtungen für forensische Patienten so gut funktionieren, wie in Volterra und in der Toskana. Diese Region hat in der Geschichte der Psychiatrie viel Erfahrung in der Auflösung von Anstalten und im Aufbau von ambulanter Versorgung. Volterra hat sogar im Bereich des Strafgefängnisses einen internationalen Ruf, wie eine Strafanstalt modellhaft geführt werden kann.[16] Es gibt weitere Problemkonstellationen, die aber nur in weiteren Artikeln erläutert werden könnten.

Ausblick

Es würde hier zu weit führen, die möglichen Schritte zu einer Reform der KMV und allgemein der forensischen Behandlung in Deutschland zu beschreiben. Hier verweise ich auf die Arbeit des Fachausschusses Forensik der DGSP, der basierend auf sehr kompetente und praxisbezogene Kenntnisse viele Vorschläge dazu erarbeitet hat. Ein allgemeiner Rückschluss auf die italienischen Erfahrungen ist möglich – so, wie in der Region gearbeitet wird, funktioniert es gut. Wichtig ist insbesondere zudem, dass durch viele einfache Maßnahmen in Richtung „Normalität“ Integration im Sozialraum, Aggressivität und Gewalt reduziert werden können und dadurch viele freiheitseinschränkende Maßnahmen überflüssig werden können. Dafür gibt es auch genug Erfahrungen aus Deutschland. Meine Hoffnung ist, dass sich diese Praktiken und Kenntnisse sowohl in der Forensik als auch in der Allgemeinen Psychiatrie verbreiten können und dass wir in Deutschland endlich zu einer Psychiatrie mit „minimalen“ freiheitsentziehenden Maßnahmen kommen. Damit könnten wir auch die rechtliche Einhaltung der Behindertenrechtskonvention, zu der sich Deutschland im Jahr 2009 verpflichtet hat, gewährleisten.
So weiß ich heute, als Psychiatrie-Expertin, die 40 Jahre in Praxis und Management in Deutschland tätig ist, dass „die Römer doch nicht spinnen!“ Mit diesem Motto soll gearbeitet wer-

den: „Tu erst das Notwendige, dann das Mögliche, und plötzlich schaffst du das Unmögliche.“[17]

Anmerkungen

[1] Dr. Franco Basaglia (* 11. März 1924 in Venedig; † 29. August 1980 in Venedig) war ein italienischer Psychiater. Er definierte die Psychiatrischen Krankenhäuser als „Irrenanstalten“, kämpfte gegen die dort herrschenden katastrophalen Zustände. Als Leiter des Psychiatrischen Krankenhauses in Görz und in Triest gelang er zu der Erkenntnis, dass nur die Auflösung der „Irrenanstalten“ der erste richtige und notwendige Schritt zu einer grundsätzlichen Reform der Psychiatrie sein könnte. http://www.francobasaglia.it/ ; Franco Basaglia: Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1971. ; Franco Basaglia (Hrsg.): Was ist Psychiatrie? Suhrkamp, Frankfurt am Main 1974.; Franco Basaglia: Die Entscheidung des Psychiaters. Bilanz eines Lebenswerks. PsychiatrieVerlag, Bonn 2002.

[2] Klaus Hartung: Die neuen Kleider der Psychiatrie. Vom antiinstitutionellen Kampf zum Kleinkrieg gegen die Misere. Berichte aus Triest. Berlin 1980 – Rotbuch Verlag (September 1990).

[3] http://www.diapsi.it/legge%20180/legge%20180.htm

[4] https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblic azione Gazzetta=1978-12-28&atto.codiceRedazionale=078U0833

[5] https://lexscripta.it/codici/codice-penale/articolo-88

[6] https://www.camera.it/leg17/561?appro=intro_la_chiusura_degli_ospedali_psichiatrici_giud iziari

[7] http://www.stopopg.it/taxonomy/term/4

[8] Franco Scarpa / Chiara Grasso –Ohne Mauern und Gefängnisse? Zur Behandlung forensisch-psychiatrischer Patienten in Italien–Ausgabe 02/2016 der Sozialen Psychiatrie: „Verrücktes Europa: Menschenrechte wahren – Chancen und Herausforderungen“;https://www.dgsp-ev.de/unsere-zeitschrift/archiv-soziale-psychiatrie/ausgabe-022016-der-sozialenpsychiatrie.html

[9] https://www.behindertenrechtskonvention.info/in-kraft-treten-der-konvention-3138/

[10] https://www.forensik.de/publikationen/stellungnahmen.html

[11] „Forensik in Italien und Deutschland – ein Vergleich: Braucht Berlin zusätzlich zur Forensik geschlossene Heime?“ Einladung zur Fachtagung am 4. April 2019 – Bericht und Folien http://www.bgsp-ev.de/akt.html

[12] https://www.forensik.de/wissenschaft-gesellschaft/international.html https://www.forensik.de/tagungen/tagungsberichte.html

[13] Dorothea Buck, geb. 1917, ist Psychiatrieerfahrene, Autorin, Bildhauerin. Sie hat die Selbsthilfebewegung gegründet und ist Ehrenvorsitzende des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener. mww.bpe-online.de/buck/index.htm; Auf der Spur des Morgensterns – Psychose als Selbstfindung. Neumünster: Paranus-Verlag, 2005; Film: Himmel und mehr – Dorothea Buck auf der Spur http://himmelundmehr.de/

[14] http://www.schattenblick.de/infopool/medizin/psychiat/mz6v0075.html

[15] http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/049/1904959.pdf

[16] www.lafortezzadivolterra.it

[15] Zitat von Unbekannt, angeblich Franz von Assisi

Könnt ihr das überhaupt?

Gemeindepsychiatrie und Suchthilfe zwischen Kooperationsbereitschaft und Kompetenzzweifeln

Von Achim Dochat

In langjährig gewohnter fachlicher Abgrenzung haben viele Mitarbeitende noch gar nicht bemerkt, wie stark sich inzwischen die Krankheitsbilder, die ihnen in beiden Bereichen begegnen, und auch die Anforderungen im Umgang mit Chronizität angenähert haben. Dass angesichts der Aussichten, die am Ende der Therapie warten, Veränderungsmotivation oft (lange) nicht zustande kommt, ist ein Problem, mit dem beide Hilfesysteme leben müssen. Gegenseitige fachliche Infragestellung oder Vorwürfe helfen dabei nicht weiter. Die bessere Verknüpfung von Kompetenzen und die Vereinfachung von Übergängen erweitern die Optionen beider Systeme.

Achim Dochat
Bis Ende 2019 Leiter des Geschäftsfeld Sozialpsychiatrie in der Bruderhaus-Diakonie Reutlingen. E-Mail: Achimdochat@web.de.

Gern wird betont, dass psychiatrische und Suchtfacheinrichtungen eigentlich Teile eines gemeinsamen Ganzen seien. Und doch hat man hinter der allfälligen Betonung von Berührungspunkten und Kooperationsbedarf immer noch den Eindruck zweier Welten. Unterschiedliche Kulturen und unterschiedliche Handlungskonzepte sorgen bis heute für Abstand und ein gewisses Misstrauen. Es besteht zwar durchaus ein Gefühl von Partnerschaft, allerdings ist die Klage „Mein Partner versteht mich nicht“ fester Teil der Beziehung.

Mitarbeiterhaltungen in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen sind nach wie vor häufig geprägt vom Selbstbewusstsein, eben nicht in einer Suchteinrichtung tätig zu sein, den Klienten mit einer explizit sozialpsychiatrischen Grundhaltung zu begegnen. Die Themen Sucht und problematischer Konsum sind aber längst Teil der gemeindepsychiatrischen Arbeit. In psychiatrischen Wohnangeboten gehören Alkohol und Drogen weit mehr als früher zum Alltag der Betreuungsarbeit. Und sozialpsychiatrische Dienste haben zunehmend häufig Kontakt zu jungen Menschen, die neben ihrem problematischen Konsum massive Verhaltensstörungen, soziale Desintegration und Dissozialität, Sozialisationsdefizite, erhebliche gesundheitliche Sekundärschäden, aber keine Motivation zur aktiven Arbeit am Suchtproblem mitbringen.

Man könnte diese Gemengelage auch als Gemeindepsychiatrie 2.0 bezeichnen: eine Veränderung der Anforderungen, auf die man sich wohl einstellen muss. Daraus den Schluss zu ziehen, dass die Gemeindepsychiatrie die zeitgemäßere Antwort auf Suchtprobleme darstellt, würde allerdings zu weit gehen. Im praktischen Umgang mit Suchtverhalten gerät die Gemeindepsychiatrie oft an ihre methodischen, aber auch persönlichen Grenzen. Mit der Konsequenz, dass Suchtverhalten oft nur als Nebenprodukt wahrgenommen und behandelt wird.

Wie unterschiedlich sind die Welten tatsächlich? Oder besser: Wie unterschiedlich sind die Klienten tatsächlich? Je genauer man hinsieht, desto mehr merkt man, dass Sucht und Psychiatrie doch

viel mehr gemein haben, als man früher so dachte:

1. Beiden Bereichen sind große psychodynamische Grundthemen gemeinsam

- Ambivalenz (die sich gerade auch im Hin und Her zwischen den Systemen ausdrückt)
- Misslingendes Erwachsenwerden („pubertierende 20-30 Jährige“)
- Umgang mit Eigensinn und Autonomie
- Mangelnde Veränderungsbereitschaft und fehlende Compliance
- Die Notwendigkeit, Betreuung, Versorgung, Arbeit an Rehabilitationszielen und Kontrolle in ein passendes Mischungsverhältnis bringen.

2. Gleiche Symptome werden je nach Diagnosehintergrund unterschiedlich bewertet

- Soziale Unsicherheit und Ängste kennen wir auch von Depressionen, Selbstmedikation mithilfe von Alkohol erscheint dort leichter verstehbar.
- Verzweiflung und der ungeschickte Versuch von Ausbruch ist bei bipolaren Störungen leichter zu akzeptieren.
- Bei Psychosen begeben wir uns eher auf die Suche nach Erklärungen für unverständliches Verhalten, suchen nach Ursachen für Wiedererkrankungen und können Regression besser als Teil der Erkrankung annehmen.

Grundhaltungen scheinen ein erster Zugang zu sein bei der Suche nach Erklärungen für das Fremdeln beider Disziplinen. Gleichzeitig ist die Bedeutung von Grundhaltungen ihrer Mitarbeiter und von gelingenden Beziehungen ein Thema, das Gemeindepsychiatrie und Suchthilfe verbindet. Es gibt sicherlich Unterschiede in den jeweiligen Verstehenszugängen und Motivierungsstrategien. Die Unterschiedlichkeit ist aber nicht per se schlecht. Sie kann durchaus den jeweiligen Anforderungen funktional sein. Möglicherweise liegt hier auch noch erhebliches Lernpotential für beide Seiten.

Vorteil Sucht: Klarheit der Kommunikation, Verlässlichkeit von Absprachen, Hilfe durch Orientierung an von außen bereitgestellter Struktur.

Vorteil Gemeindepsychiatrie: Krisen geduldig begleiten und abfangen, Klienten halten, sicheres Umfeld- und Beziehungsangebot.

Im Umkehrschluss sind damit auch die jeweiligen Achillesfersen bezeichnet: Laissez-faire und Verharmlosen von Suchtproblematik auf der einen Seite, Überbetonung von Struktur und Regelsetzung mit dem Risiko, individuelle Not aus dem Blick zu verlieren, auf der anderen. (Köhnemann 2010)

Was führt eigentlich dazu, dass wir Suchtkranke als unzuverlässig, manipulativ, wortbrüchig empfinden, während wir bereit sind, chronisch psychisch kranken Menschen mit unendlicher Geduld zu begegnen, Verständnis entwickeln können für fehlende Fortschritte, für Zeitbedarf, für die Notwendigkeit von Entwicklungsumwegen oder für das Arrangieren in geschützten Bedingungen?

Im Umgang mit chronisch psychisch kranken Menschen fällt akzeptierende Anteilnahme und die Entschuldigung von Fehlverhalten als krankheitsbedingt anscheinend leichter. Obwohl auch Psychotiker mitunter den Eindruck erwecken, am Entstehen neuer Krisen aktiv beteiligt zu sein. Und doch dächte hier niemand an disziplinarische Entlassung und Verweigerung einer Behandlung wegen Mitverantwortung.

Die Gemeindepsychiatrie scheint also regressionstoleranter zu sein. Was lässt Regression und Wiedererkrankung („Rückfall“) besser ertragen, wo die Verläufe doch im Grunde gar nicht so verschieden sind? Was lässt Eigensinn und Autonomie leichter akzeptieren? Was lässt den betreuenden Mitarbeiter an den Klienten und seine Veränderungschance glauben?

In Bezug auf das Scheitern an eigenen Zielsetzungen, auf die Wahrscheinlichkeit von Rückfällen in symptomatisches Verhalten wegen Überforderung unterscheiden sich Suchtkranke nicht wesentlich von psychisch Kranken.

In Bezug auf das Scheitern an eigenen Zielsetzungen, auf die Wahrscheinlichkeit von Rückfällen in symptomatisches Verhalten wegen Überforderung im Alltag oder in sozialen Situationen unterscheiden sich suchtkranke nicht wesentlich von psychisch kranken Menschen. Auch Menschen mit Abhängigkeiten haben Gründe für die Nichtveränderung ihrer Situation und ihres Verhaltens (Sicherheit, soziale Beziehungen, Beziehungsstabilisierung bei Paaren oder Eltern-Kind, Nichtaufgabe von Loyalitäten, negative, bedrohliche Folgen von Heilung, ...).

Bei der Bewertung von Suchtverhalten hat die Annahme von Eigenverantwortlichkeit nach wie vor einen hohen Stellenwert. Immer wieder taucht die Frage auf, ob bei selbstverschuldetem Elend und fehlender Änderungsmotivation Hilfegewährung überhaupt sinnvoll und aussichtsreich ist, ob der Mitteleinsatz sich lohnt, ob der Betroffene ihn überhaupt verdient.

Der gegenteilige Effekt ist manchmal in psychiatrischen Settings feststellbar. In vorschneller Bereitschaft, Hilflosigkeit und Entscheidungsunfähigkeit als Teil der Krankheit zu akzeptieren, sozusagen eingeschränkte Autonomie als Krankheitssymptom in Rechnung zu stellen, werden zu häufig Anforderungen vermieden, Rehabilitationschancen nicht genutzt. Sowohl in der Variante, dass aufgrund der ängstlichen Skepsis der Betroffenen auf Therapie- oder Teilhabeziele verzichtet wird, als auch in der anderen, dass Rehabilitanden prognostisch von zu ambitionierten eigenen Zielen abgeraten wird.

Selbstverständlich sind Selbstbestimmung und Eigenverantwortung des Klienten eine unverzichtbare Voraussetzung für die zielorientierte Arbeit mit psychisch und suchtkranken Menschen. Autonomie verkehrt sich ins Negative und Hoffnung auf Veränderung schwindet, wenn Ziele nicht gelingen oder wenn in hilfloser Ambivalenz Entscheidungen endlos umkreist werden. Gerade im Umgang mit den Schwächsten ist darauf zu achten, dass der Hinweis auf Klientenautonomie nicht missbraucht wird, um zynisch die Verweigerung von Hilfeleistungen zu begründen. Hilfesuchende mit Abstinenzmotivation machen den Einstieg in die Kooperation leicht. Wenn aber vordergründig keine Bereitschaft zur Arbeit an der Sucht besteht, ist es allemal legitim, über einen niederschwelligen Zugang Kontakt zu finden. Es gilt hier zunächst vorrangig das Überleben zu sichern und den weiteren Weg aktiv zu begleiten. Der Respekt vor der Autonomie des Klienten enthebt uns nicht der fachlichen Verantwortung.

Wie sieht eine Grundhaltung im Umgang mit schwer Erreichbaren aus, die Autonomie und das Recht auf Selbstbestimmung respektiert und gleichzeitig fachliche Verantwortung ernst nimmt? Ein wesentlicher Zugang ist das Verständnis der eigenen Rolle im Sinne einer Beratungs- statt einer Versorgungsorientierung. Stützende Begleitung und Beratung, die Unterstützungsbedarf ernst nimmt und die notwendige Zeit lässt, ohne das gemeinsam entwickelte Ziel aus den Augen zu verlieren (Dochat,

Krainhöfer 2016). Eine Haltung, die Geduld bewahrt, Rückfälle oder Wiedererkrankungen als Teil des Prozesses versteht, Ressourcen im Blick hält und Veränderungsziele über viele Spiralbewegungen hinweg nicht aus den Augen verliert, tut auch der Begleitung von Suchtkranken gut.
Die hohe Schule besteht darin, ein Gefühl für das richtige Verhältnis von Geduld und Respekt vor Individualität auf der einen und Grenzsetzung und Stellen von Anforderung auf der anderen Seite zu finden. Da hat die Suchthilfe durchaus etwas zu bieten. Techniken wie Motivational Interviewing/MI (Miller, Rollnick 2009) und Community Reinforcement Approach/CRA (Meyers, Smith 2007) sind auch in der Sozialpsychiatrie hilfreich, wenn es gilt, individuelle Gründe für die Mühsal des sich Veränderns zu finden, statt in der Sackgasse stecken zu bleiben und den Status quo zu beklagen. Sie sind praktische Beispiele dafür, wie eine die Autonomie des Betroffenen ernst nehmende und doch zielorientierte Arbeit aussehen kann.
Das System von beratenden, therapeutischen und rehabilitativen Suchthilfeeinrichtungen ist gut entwickelt und differenziert. Seine Qualität steht außer Zweifel. Wenn es jedoch nur bestimmte Klientel erreicht, wenn ein größerer Teil der Betroffenen (noch) keine abstinenzorientierten Hilfen oder Behandlungsangebote wahrnimmt, kann jede Initiative zur Erreichung bisher nicht Erreichter nur begrüßt werden. Die gern geführte Auseinandersetzung um Zuständigkeit und richtigen Ort verschwendet zu viel Energie auf die Klärung des Henne-Ei-Problems.

Bessere Leitfragen wären:

- Wer ist wann das richtige Angebot?
- Wer ist weshalb gewählt, angefragt worden, in Kontakt gekommen?
- Wie und wie lange können Grundhaltung und Methodik des jeweiligen Bereichs einen passenden Beitrag leisten (z.B. niederschwellig vs. stark strukturiert)?
- Wie können Übergänge, wo sie notwendig sind, gut gemanagt werden, damit sie nicht als Niederlage/Scheitern, sondern als sinnvoller Schritt nach vorn erlebt werden?

Die System- und Akzentunterschiede des jeweiligen therapeutischen Zugangs werden durchaus auch von den Klienten gesehen. Die Entscheidung für die Versorgung im System der Eingliederungshilfe kann man als Vermeidungsverhalten ansehen. Vielleicht ist sie auch ein Hinweis darauf, dass die typischen Unterschiedlichkeiten Sinn machen könnten.
Es geht also darum, dass wir mit der Verschiedenheit der Angebote bewusst umgehen, sie sinnvoll einsetzen. Dass wir anforderungsreiche und anforderungsarme Angebote, abstinente und tolerierende Milieus, zielorientierte und beschützende, überlebenssichernde Programme haben, ist kein Systemfehler, sondern ein Gewinn. Dem jeweils Anderen sollten die guten Gründe für das eigene Tun nicht abgesprochen werden. Interessanter wäre die Frage, welche differentiellen Kriterien es für Orte und Settings gibt. Das Hin- und Herwechseln zwischen den Systemen muss kein Zeichen von Systemversagen sein. Es kann z.B. Ausdruck einer in der Hilfeplanung gemeinsam mit dem Klienten entwickelten Schwerpunktsetzung sein, die der aktuellen Lebensphase entspricht. Auch eine gütliche Trennung ist möglich und meist hilfreicher als ein Weitermachen im faulen Kompromiss. Wichtig ist dabei allerdings, dass der Abschied mit einer Einladung verbunden ist, die gemeinsame Arbeit zu einem anderen Zeitpunkt oder mit realistischerer Zielsetzung fortzuführen.
Eine solche Suche nach dem für die aktuelle Situation und Belastbarkeit stimmigen Angebot kann nur unter der Voraussetzung funktionieren, dass Gemeindepsychiatrie und Suchthilfe gut verflochten und bereit sind, sich respektvoll zuzuarbeiten. Dies setzt ein Gefühl eines gemeinsamen Ganzen voraus, die Wahrnehmung der Versorgung von Menschen mit psychiatrischen und Suchtproblemen als gemeinsamer regionaler Versorgungsauftrag im Sinne einer Verantwortungsgemeinschaft. Sie drückt sich z.B. aus in entsprechenden Strukturen des Gemeindepsychiatrischen Verbunds (GPV). Je abgegrenzter die Zuständigkeiten, desto schneller sind die Grenzen des Möglichen bei einem Klienten erreicht.
Kooperationsbereitschaft aus dem Gefühl heraus, man muss sich mit einer fremden, unangenehmen Welt irgendwie arrangieren, hat Grenzen. Was eine solche Verantwortungsgemeinschaft tatsächlich wert ist, beweist sich gerade in schwierigen Fall- und Kooperationskonstellationen. Grundlage muss ein gemeinsames Verständnis sein, dass sich beide Welten näher sind, als man lange wahrhaben wollte, und ein gemeinsames Interesse an Menschen in schwierigen Lebenslagen. Die Erarbeitung von tragfähigen Zielperspektiven und das Gewinnen der Klienten für die Arbeit am persönlichen Ziel ist beiden Feldern gemeinsam.

Eine solche Suche nach dem stimmigen Angebot kann nur unter der Voraussetzung funktionieren, dass Gemeindepsychiatrie und Suchthilfe gut verflochten und bereit sind, sich respektvoll zuzuarbeiten.

Auch wenn Menschen mit Suchterkrankungen oder Doppeldiagnosen in zugespitzter, manchmal lebensbedrohlicher gesundheitlicher Situation eine gezielte Behandlung ablehnen, bleibt natürlich immer noch der Auftrag der Überlebenshilfe. Ein niederschwelliger Zugang bedeutet nicht die Aufgabe der Ziele Abstinenz und Rehabilitation. Es geht darum, eine Beziehung aufzubauen und den Zugang zu Hilfen erst zu erschließen. Betreuer müssen sich dabei nicht selten auf einen langwierigen Weg mit Umleitungen einstellen.(Dochat 2006)
Die Aufnahme in ein Angebot der Eingliederungshilfe ist weit mehr als eine Möglichkeit für Nicht-Veränderungsbereite, Entscheidungen oder Härten zu vermeiden. Die Rahmenbedingungen der Eingliederungshilfe sind durchaus gut geeignet, ohne Zeitdruck Motivation aufzubauen, Rehaschritte vorzubereiten und aktiv Übergänge zu gestalten. Grundlage dafür ist eine qualifizierte Hilfeplanung, die den eigenen Bereich übergreift und Hilfebedarfe in beiden Bereichen im Blick hat. Leider endet Hilfeplanung allzu oft am Horizont des eigenen Angebots.

Literatur

Dochat, A. 2006 (2006): Neue Anforderungen an Gemeindepsychiatrie und Suchthilfe, in: Die Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie 1/2006, Stuttgart/Berlin

Dochat, A.; Krainhöfer, A. (2016): „Wer sich nicht in Gefahr begibt, kommt darin um", in: Die Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie 4/2016, Stuttgart/Berlin

Köhnemann, G. (2010): Ambivalenz – Ein Phänomen im Umgang mit Doppeldiagnose-Patienten, in: Sadowski, H., Niestrat, F. (Hg.) Psychose und Sucht – Behandlung und Rehabilitation, Psychiatrie-Verlag, Bonn

Meyers, R.J. (2007): Smith, J.E. CRA-Manual zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit, Psychiatrie-Verlag, Bonn

Miller, W.R. (2009): Rollnick, S. Motivierende Gesprächsführung, Freiburg

Keine Ängste schüren

Diakonie und BeB wehren sich

Eine Kleine Anfrage im Deutschen Bundestag verknüpft Ängste vor Geflüchteten mit einer angeblichen, unberechenbaren Gewaltbereitschaft, die von psychisch kranken und traumatisierten Flüchtlingen ausgehen soll. Nach Einschätzung der Diakonie Deutschland und des Bundesverbandes evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) dient diese Anfrage nicht einer besseren Politik für die Betroffenen, sondern verstärkt Vorurteile gegenüber hilfebedürftigen Menschen.

„Die Herkunft von Menschen und möglicherweise daraus folgende Risiken spielen für eine Behandlung keine Rolle," sagt Maria Loheide, Vorstand Sozialpolitik der Diakonie Deutschland. „Ob jemand als Gefährder eingestuft wird, ist nicht Sache von Psychiatern, sondern Aufgabe der Polizei.

„Psychisch kranke Menschen sind weit öfter Opfer als Täter", erläutert der BeB-Vorsitzende Uwe Mletzko. „Es darf nicht sein, dass hier ein pauschaler Zusammenhang hergestellt und psychische Erkrankung automatisch mit einer drohenden Gefahr für unsere Gesellschaft assoziiert wird. Diese Menschen brauchen unsere Solidarität und ein funktionierendes System der Versorgung und Rehabilitation."

Sicherlich gibt es psychisch kranke Flüchtlinge, die infolge von Kriegserfahrungen oder den Umständen ihrer Flucht traumatisiert sind. Sie benötigen aber bestmögliche Unterstützung und Hilfe, nicht Ausgrenzung, erklären beide. Daher sei es wichtig, dass sie Zugang zu psychiatrischen und psychotherapeutischen Angeboten haben.

Erst vor wenigen Wochen hatte eine Kleine Anfrage im Deutschen Bundestag nach dem Anteil psychisch kranker Menschen mit Erwerbsminderungsrente gefragt, deren Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit und den volkswirtschaftlichen Verlusten, die dadurch entstehen. Und bereits im vergangenen Jahr wurde in einer Kleinen Anfrage ein abwegiger Zusammenhang zwischen Inzucht, Migration und Behinderung hergestellt.

Diakonie Deutschland und Bundesverband evangelische Behindertenhilfe stellen sich entschieden gegen diese Versuche, die Schwächsten in der Gesellschaft in den Fokus zu nehmen und gegeneinander auszuspielen.

Forschungspreis

Ab sofort können sich Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler mit sozialpsychiatrischen Forschungsarbeiten bei der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V (DGSP) für den Forschungs- und Nachwuchspreis 2020 bewerben. Alle zwei Jahre zeichnet der Verband herausragende wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Sozialpsychiatrie aus und fördert damit die unabhängige Forschung in diesem Bereich. Einsendeschluss ist der 13. März 2020. Wichtige Kriterien für die Vergabe beider Preise sind insbesondere die Relevanz für die Versorgung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, der innovative Charakter der Arbeit, die methodische Qualität und Originalität. Die Preise werden sowohl für theoretische als auch für empirische Forschungsarbeiten verliehen.

Um den DGSP-Forschungspreis können sich einzelne Wissenschaftlerinnen oder Wissenschaftler sowie Forschungsgruppen bewerben. Er ist mit 3.500 Euro dotiert. Der Nachwuchspreis der DGSP richtet sich an Absolventinnen und Absolventen sowie Studierende von Fachhochschulen und Universitäten, die noch nicht promoviert sind. Er ist mit 1.500 Euro dotiert.

Die Forschungsarbeiten sind per E-Mail bei Patrick Nieswand einzureichen: patrick.nieswand@dgsp-ev.de

So klappt's mit der Partizipation!

Fragensammlungen zur Verbesserung der Mitbestimmung von Menschen mit Behinderung

Der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) hat eine Sammlung von Fragen entwickelt, die ermöglichen sollen, dass Menschen mit Behinderung mehr mitbestimmen können. Damit kann sich jede Einrichtung, jede Kommune oder Institution auf den Weg zur vollen und wirksamen Teilhabe machen. Die beiden Fragensammlungen „Mitbestimmen! Fragensammlung zur Partizipation" und „Mit-Bestimmen! Fragen-Sammlung in Leichter Sprache" wurden in Kassel der Öffentlichkeit vorgestellt.

Nach drei Jahren intensiver Arbeit ist damit ein wichtiger Meilenstein im Projekt „Hier bestimme ich mit! Index für Partizipation" erreicht, das der BeB seit Juli 2016 in Zusammenarbeit mit dem Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW) durchführt. Ziel des Projektes ist die Verbesserung der Partizipationsmöglichkeiten und -bedingungen vor allem für Menschen mit Lernschwierigkeiten, psychischer Beeinträchtigung oder hohem Unterstützungsbedarf.

Die Fragensammlungen beinhalten je 26 Themen und ca. 330 Fragen, die bewusst offen formuliert sind, um so die Möglichkeit zu schaffen, miteinander ins Gespräch zu kommen. Sie beziehen sich auf drei Dimensionen – Haltungen und Werte, Strukturen und Alltägliches Handeln (in Leichter Sprache: Haltungen, Regeln und Mit-Bestimmung im Alltag) – und bieten dadurch Anregungen für eine Vielzahl möglicher Situationen und Problemstellungen in Organisationen und Kommunen, deren gemeinsame Bearbeitung und Diskussion in inklusiven Arbeitsgruppen oder Sitzungen die Partizipationsbedingungen und -möglichkeiten vor Ort erweitern sollen.

Neben den Versionen in schwerer und Leichter Sprache in Printform gibt es beide auch als barrierefreie PDFs. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, sich im Internet einen individuellen Fragenkatalog zusammenzustellen. Entstanden sind außerdem drei Kurzfilme mit Audiodeskription zum Thema.

Die Fragensammlungen können, solange der Vorrat reicht, über den BeB-Shop bezogen werden (www.beb-ev.de). Die barrierefreien PDF-Versionen und die Online-Fragensammlung sind abrufbar unter www.beb-mitbestimmen.de. Dort sind auch die Kurzfilme zum Projekt zu finden.

TERMINE

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB)

Psychiatrie-Jahrestagung
Die Psychiatrie-Jahrestagung des BeB findet in Kooperation mit der Diakonie Deutschland am **25. und 26. Mai 2020 in Berlin** statt. Das Thema lautet: Für ein Leben in Selbstbestimmung und Vielfalt – Perspektiven in Zeiten wachsender Spaltungen und Populismus: www.beb-ev.de

Mitgliederversammlung
Die nächste Mitgliederversammlung des BeB findet am **2. und 3. November 2020** im Augustinerkloster in Erfurt statt.

Bundesakademie für Kirche und Diakonie

Mehrteilige Weiterbildungen:

Bundesteilhabegesetz: Wandel gestalten - Teilhabe realisieren.
Weiterbildung für (angehende) Führungskräfte zur Umsetzung des BTHG in Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie
- Start 27.02.2020, Berlin, Essen, Hannover

Gemeinsame Gestaltung von Quartieren und Sozialraum - Schwerpunkt Sozialpsychiatrie
- Start 02.03.2020, Berlin

Systemisches Arbeiten in der Psychiatrie/ Sozialpsychiatrie 2020 - 2022
21. Zertifizierte Sozialpsychiatrische Zusatzqualifikation
- Start 17.06.2020, Berlin, Chorin, Oranienburg

Fortbildungen:

Stimmenhören verstehen (Teil 1).
Praktische Anleitung zum Umgang mit dem Stimmenhören – Basiskurs
- 03.-04.02.2020, Hösbach

„Schwierige" Klienten verstehen.
Umgang mit Persönlichkeitsstörung
- 05.-06.03.2020, Essen

„So kann man doch nicht leben!?"
Vermüllt und verwahrlost – Was tun?
- 09.-10.03.2020, Essen

Psychisch kranke Wohnungslose zwischen den Hilfesystemen
- 10.-12.03.2020, Berlin

Sozialräumliches Arbeiten in der Arbeit mit Menschen mit Teilhabeeinschränkungen
- 23.-24.04.2020, Mainz

Die Schnittstelle Eingliederungshilfe
Pflege gestalten
- 05.- 06.05.2020, Hannover

Recht auf Risiko?!
Selbstschädigendes Verhalten von Klient*innen im selbstbestimmten Wohnen
- 25.- 26.05.2020, Berlin

Psychose und Sucht - double trouble
- 28.- 29.05.2020, Berlin

Implementierung von Peerarbeit in Organisationen und Teams der Sozialpsychiatrie
- 08.-09.06.2020, Hamburg

Anwendung der ICF in der Hilfeplanung
- 15.-16.06.2020, Berlin

Den Stimmen einen Sinn geben (Teil 2):
Die erfahrungsfokussierte Begleitung (EFB)
- 29.-30.06.2020, Filderstadt

Alles eine Frage der Motivation?!
Motivierende Gesprächsführung bei Menschen in Veränderungsprozessen
- 14.-15.07.2020, Filderstadt

Psychische Erkrankung bei geistiger Behinderung bzw. Intelligenzminderung:
Ein praxisorientiertes Angebot zum Thema „Doppeldiagnose"
- 07.-08.09.2020, Berlin

Bindung erfahren, Sicherheit erleben
Traumapädagogische Ansätze im Umgang mit jungen psychisch erkrankten Erwachsenen
- 08.-09.10.2020, Filderstadt

Psychiatrische Krankheitsbilder - Grundlagen
- 04.-06.11.2020, Frankfurt

Keine Krise mit der Krise
Hilfreich bleiben in Ausnahmesituationen
- 16.-17.11.2020, Leipzig

Psychisch erkrankte Menschen systemisch wahrnehmen und verstehen
Haltungen – Gesprächsführung – Handwerkszeug
- 23.-25.11.2020, Filderstadt

Weitere Informationen sowie Anmeldung finden auf der Website www.ba-kd.de Ansprechpartner für inhaltliche Fragen ist Frank Rosenbach, Studienleiter BAKD. E-Mail: Frank.rosenbach@ba-kd.de

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, Stuttgart (Redaktionsleitung); Iris Maier-Strecker, Stuttgart; Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Dr. Irmgard Plößl, Stuttgart; Dr. Elke Prestin, Bielefeld, Dr. Katharina Ratzke, Berlin; Prof. Dr. Michael Schulz, Bielefeld, Dr. Stefan Weinmann, Berlin; Sabine Wetzel-Kluge, Halle; Andreas Steidel, Calw.

Verlag und Bestelladresse:
Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH
Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart
Telefon (07 11) 60100-0
Adressenänderungen bitte an:
vertrieb@evanggemeindeblatt.de

Bezugspreis:
Jahresabonnement für vier Hefte 29 Euro (einschließlich Versandkosten), Einzelheft 8 Euro. ISSN 07245165

Anzeigen:
Anzeigengemeinschaft Süd
Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart
Telefon (0711) 60100-41, Fax -76.
E-Mail: kerbe@anzeigengemeinschaft.de.
Internet: www. anzeigengemeinschaft. de. Es gilt die Preisliste Nr. 31 vom 1. Januar 2019.

Layout: Atelier Reichert, Stuttgart

Druck: Rudolf-Sophien-Stift, Stuttgart

Erscheinungstermine:
1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November

Diakonie

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe BeB

Berufsbegleitender **Masterstudiengang** an der IPU Berlin

Interdisziplinäre **Psychosentherapie**

- Multiprofessionelle Arbeit für Menschen mit Psychosen
- Bestehendes Wissen vertiefen und Expertise ausbauen
- Praxisbezogene Antworten auf individuelle Herausforderungen
- Jetzt bewerben für das **Sommersemester 2020**

Ansprechpartnerin: Prof. Dr. Dorothea von Haebler
dorothea.vonhaebler@ipu-berlin.de

www.ipu.cx/psychosentherapie

In Kooperation mit:

INTERNATIONAL PSYCHOANALYTIC UNIVERSITY
DIE PSYCHOANALYTISCHE UNIVERSITÄT IN BERLIN

CHARITÉ
UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin