

Psychotherapie für Menschen mit Psychosen

Ein konstruktiver Ausblick

In Deutschland erhalten Menschen mit psychotischen Erkrankungen nur selten eine adäquate psychotherapeutische Hilfe, obwohl der Nutzen erwiesen und die Bereitschaft dazu vorhanden ist. Die Daten zur Erstdiagnose in der Richtlinienpsychotherapie zeigen, dass eine Zunahme von Psychotherapeuten allein den Menschen mit Psychosen* zu diesem Zeitpunkt nicht helfen würde. Notwendig sind eine spezifische Qualifikation, eine bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit und Strukturen, die mehr Kontinuität sichern.

DOROTHEA VON HAEBLER, BERLIN



Ausblick und Perspektive:
Die Psychosenpsychotherapie braucht eine besondere Kompetenz und die richtigen Strukturen.

Das biopsychosoziale Modell von Psychosen ist unumstritten gültig für Klinik, Wissenschaft und Forschung. Die Ursachen einer psychotischen Erkrankung setzen sich demnach aus biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren zusammen, die in einer Therapie berücksichtigt werden müssen. Aus dieser Perspektive erscheint die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit Psychosen unmittelbar als Notwendigkeit. Diese Notwendigkeit wird auch nicht angezweifelt, zumindest nicht nach dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Forschung [1]. Die Praxis zeigt allerdings, dass die psychotherapeutische Behandlung nur wenigen Menschen mit Psychosen zugute kommt. Ein wichtiger Grund dafür ist sicherlich die Tatsache, dass Psychotherapie den Menschen mit Psychosen kaum empfohlen wird. Es mangelt an Psychotherapieplätzen für Psychosebetroffene, und ein Teil der Alltagspraxis folgt noch immer der Regel, dass die Psychotherapie bei zum Beispiel schizophrenen Psychosen erst beginnen könne, nachdem eine medikamentöse Einstellung erfolgt sei, wodurch Ressourcen der psychotherapeutischen Behandlung, die medikamentöse Therapie erst zu ermöglichen, ungenutzt bleiben. Dazu kommt die ganz besondere Struktur vieler Menschen mit Psychosen: ein existenziell anmutendes Autonomiestreben, welches eine Psychotherapiesuche oft erheblich erschwert.

Es ist bekannt, dass Menschen mit zunehmendem Schweregrad einer psychiatrischen Erkrankung die Behandlung, so auch Psychotherapie, oft ablehnen. Es ist ebenfalls bekannt, dass psychotherapeutische Behandlung bei Menschen mit Psychosen hilft. Und es ist bekannt, dass

die psychopharmakologische Versorgung vieles vermag, mit seinen Nebenwirkungen aber zurzeit nicht nur die Fachwelt beschäftigt, sondern schon lange auch die Betroffenen, die zu einem erheblichen Anteil die Einnahme von Psychopharmaka ablehnen beziehungsweise diese nach einem stationären Aufenthalt häufig – und das leider meist ohne ärztliche Hilfe – wieder absetzen.

Die Wurzeln dieser geringschätzenden Bewertung von Psychotherapie bei psychotischen Erkrankungen sind historisch (Endogenität, Erbschaden, Degeneration) und leider noch immer im Denken und Urteilen verhaftet: Hier ist eine Revision im Sinne der UN-Menschenrechtskonvention längst überfällig. Ein weiterer Grund scheint die traditionelle Spaltung zwischen Psychotherapie und Sozialpsychiatrie. Diese Spaltung sollte durch die neuen Versorgungssysteme überwunden werden.

Im Folgenden sollen der aktuelle Stand von Wissenschaft, Lehre und Ausbildung, die Rahmenbedingungen und die Alltagspraxis, zusammengefasst und exemplarisch Lösungsmöglichkeiten dargestellt werden.

Wissenschaftliche Aspekte der Psychosenpsychotherapie

Eine psychotherapeutische Behandlung für Menschen mit Psychosen ist Wunsch des behandelnden Teams, häufig der Angehörigen und der Betroffenen selbst [2]. Die Psychotherapie im Rahmen der Behandlung psychotischer Erkrankungen hat einen zentralen Stellenwert. Sie kommt in allen aktuellen Behandlungsplänen vor. Zudem ist sie leitliniengestützt.

Leitlinien

Die S3-Leitlinien für bipolare Erkrankungen beschreiben Psychotherapie als notwendigen Bestandteil der Behandlung. Die S3-Leitlinien für Schizophrenie werden zurzeit überarbeitet. In aktuellen, international gültigen Leitlinien (Leitlinie Schizophrenie des britischen National Institute für Health and Clinical Excellence (NICE), die Leitlinie mit der international besten Akzeptanz [1]), gibt es eine eindeutige Empfehlung für den regelhaften Einsatz von Psychotherapie bei Psychosen. Die NICE-Leitlinien

empfehlen kognitive Verhaltenstherapie (CBT) und Familieninterventionen für alle Schizophreniepatienten in der Routineversorgung mit Beginn bereits im stationären Setting. Die Diskussion zu unterschiedlichen Verfahren scheint aber auch nach der NICE-Leitlinie noch nicht abgeschlossen zu sein: Die Leitlinie empfiehlt mindestens 16 Einzelsitzungen, eine Stundenzahl, deren Nutzen unter anderem von den Verhaltenstherapeuten selbst infrage gestellt wird. Die Psychodynamische Psychotherapie wird als Hilfe für den Therapeuten genannt, um Patienten mit Psychosen besser zu verstehen. Es konnte inzwischen zusätzlich nachgewiesen werden, dass die professionell begleitete Auseinandersetzung der Erfahrung mit psychotischer Erkrankung im biographischen Kontext eine aktive Krankheitsbewältigung fördert. Das ist ein deutlicher Hinweis auf den Wert psychodynamischer beziehungsweise biografiebezogener Verfahren [3, 4].

Umsetzung der Leitlinien

Wenn es an der Umsetzung mangelt, liegt das nicht an fehlenden Therapiemöglichkeiten, denn effiziente Therapiemöglichkeiten gibt es [5–7]. Die Studien zur kognitiven Verhaltenstherapie [20] und zur Familientherapie [6] sind evidenzbasiert. Die Studienlage zur psychodynamischen Psychotherapie von Psychosen ist im Wesentlichen empirisch [5, 8, 9] und hat somit keinen Eingang in die Leitlinien gefunden, zeichnet sich aber dadurch aus, dass dieses Verfahren sowohl stationär wie ambulant häufig mit Erfolg angewendet wird und auch eine lebhaft Tradition hat, wie beispielsweise nach Benedetti, Mentzos oder Alanen. Bei sämtlichen Verfahren muss eine Modifikation der klassischen Therapie erfolgen, um Menschen mit schizophrenen und bipolaren Psychosen erfolgreich zu behandeln. Ein beforschbares Manual ist bislang in der psychodynamischen Psychosentherapie nicht zur Anwendung gekommen. Hierzu gibt es jedoch inzwischen Vorarbeiten [10, 11].

In Lehre und Ausbildung ausgespart

Im Psychotherapeutenausbildungsgesetz ist die Behandlung von Menschen mit Psychosen nicht als Bestandteil der Aus-

* Der Begriff der Psychose wird in diesem Zusammenhang als Phänomen verwandt, das verschiedenen Zugängen, nicht nur aus dem gesundheitswissenschaftlichen Verständnis, offen ist. Der Begriff der Psychose definiert sich neben dem inzwischen aus den gültigen psychiatrischen Klassifikationssystemen in seinem ursprünglichen Sinne eliminierten Begriff der Neurose als eine Entität, deren Kernsymptom der Wahn ist. Die Krankheiten, die mit Wahn vor allem in Verbindung gebracht werden, sind die Schizophrenien und die bipolaren Erkrankungen mit Manie und Depression. Um diese Krankheiten nach den geltenden Klassifikationssystemen dreht es sich im engeren Sinne, wenn hier von Psychosenpsychotherapie die Rede ist.



Dachverband Deutschsprachiger PsychosenPsychotherapie e.V.

Der Dachverband Deutschsprachiger Psychosen-Psychotherapie e.V. (DDPP) wurde im Mai 2011 gegründet. Der Verein ist ein Zusammenschluss aus allen in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen, Betroffenen und Angehörigen, mit dem gemeinsamen Ziel, dass Psychotherapie in der Behandlung von Menschen mit Psychosen zu einem selbstverständlichen Angebot wird. Mit psychotherapeutischer Behandlung können die mit einer Psychose verbundenen Probleme besser verstanden und bewältigt werden. Im Dachverband sind die verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren gleichberechtigt vertreten. Dazu gehören psychodynamische, systemische und verhaltenstherapeutische Methoden. Sie sind für unterschiedliche PatientInnen in unterschiedlichen Situationen und Lebenskontexten jeweils auf ihre Weise hilfreich und sinnvoll. Wir halten einen Austausch zwischen den Psychotherapieverfahren für konstruktiv. Im Dialog können Ähnlichkeiten und Unterschiede benannt werden.

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

Was wir tun

- Mit regelmäßigen Kongressen ermöglichen wir den Austausch verschiedener psychotherapeutischer Behandlungsmethoden. Wir unterstützen die Zusammenarbeit aller Berufsgruppen, die mit Menschen mit Psychosen arbeiten. Wir integrieren Betroffene und Angehörige mit ihren Sichtweisen und Erfahrungen.
- Wir entwickeln Modelle für eine verbesserte Ausbildung der Therapeuten in Psychosen-Psychotherapie.
- Wir wenden uns mit Informationen, konkreten Vorschlägen und Forderungen an (Fach-) Öffentlichkeit, Politik und Kostenträger.
- Wir entwickeln Modelle der Vernetzung und Kooperation, damit Therapeuten die notwendige Unterstützung erhalten, um psychotische PatientInnen mit mehr Sicherheit, Engagement und Freude behandeln zu können.
- Wir sorgen dafür, dass in bestehenden und neuen Modellen der Versorgung für Menschen mit Psychosen psychotherapeutische Verfahren einen hohen Stellenwert bekommen.
- Wir setzen uns dafür ein, dass Psychosen-Psychotherapie als Behandlungsmethode anerkannt und angemessen vergütet wird.
- Wir fördern die wissenschaftliche Erforschung der spezifischen Ansätze der Psychosen-Psychotherapie in den unterschiedlichen Psychotherapie-Verfahren. Dazu gehört eine kritisch geführte Diskussion geltender Forschungsstandards.

Weitere Informationen: www.ddpp.eu

bildung gefordert und kommt somit im Pflichtkatalog der Ausbildungsinstitute nicht vor. Demzufolge wird Psychotherapie von Menschen mit Psychosen nur in Ausnahmefällen aus einem persönlichen Engagement heraus gelehrt. Auch bei der Facharztausbildung liegt der Schwerpunkt auf Psychopharmakotherapie und der Delegation an soziotherapeutische Möglichkeiten. Psychotherapie von zum Beispiel Schizophrenen ist im Facharzkatalog aufgenommen, die Umsetzung dieses Lernzieles ist fraglich.

Die Arbeit mit Psychosekranken wird dann besonders schwer und für viele Therapeuten sehr belastend, wenn ein Verständnis der Probleme psychotischer Menschen fehlt und damit auch die Werkzeuge, um den Patienten helfen zu können. Dann erscheint die Beziehung, die es aufzubauen gilt, in endlos weiter Ferne. Außerdem greifen die oftmals apokalyptischen Ängste der Psychosekranken auf den Psychotherapeuten über, wenn dieser mit der psychotischen Abgrenzungsproblematik nicht vertraut

ist. Mit einer entsprechenden Ausbildung, in der spezifische Werkzeuge vermittelt werden, können diese Ängste therapeutisch genutzt und damit überwunden werden. Dann ist die Psychosenpsychotherapie ein sehr befriedigendes Arbeitsfeld, weil die Betroffenen und ihre Angehörigen einen enormen Hilfebedarf haben und durchaus positive Entwicklungen erzielt werden können.

Perspektiven für eine spezifische Qualifikation

Um diesem Missstand entgegenzuwirken sind in den letzten 20 Jahren an verschiedenen Orten in Deutschland Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zur Psychosenpsychotherapie entstanden. In München (Überregionale Weiterbildung in analytischer Psychosentherapie), Berlin (Berliner überregionales Symposium für Psychosenpsychotherapie an der Charité), Frankfurt (FPP, Frankfurter Psychoseprojekt), Hamburg (Norddeutsche Arbeitsgemeinschaft Psychodynamische Psychiatrie e.V.) und Tiefenbrunn (Arbeitskreis Psychotherapie bei Psychosen Tiefenbrunn) sind solche Weiterbildungsmöglichkeiten entstanden, die sich der Psychosenpsychotherapie widmen und teilweise (München, Berlin) eigene Curricula entwickelt haben. Um synergistische Effekte dieser Aktivitäten zu nutzen und um die Psychosenpsychotherapie mit gemeinsamen Standards und Vernetzung zu stärken, ist 2011 der Dachverband deutschsprachiger Psychosenpsychotherapie (DDPP) an der Charité in Berlin gegründet worden (siehe Kasten). Dieser Dachverband setzt sich für eine selbstverständlichere und qualitativ gesicherte Psychosenpsychotherapie ein, die verfahrenübergreifend, bedürfnisangepasst und in der Versorgung vernetzt gelehrt und eingesetzt wird.

Ein zu diesem Profil (Berufsgruppen- und verfahrensoffen) passender Masterstudiengang (siehe Info Seite 36) ist im Sommersemester 2013 in Berlin gestartet worden, und nimmt als Kooperationsstudiengang der Charité Universitätsmedizin Berlin, der katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin, dem Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf UKE, und der federführenden International Psychoanalytic University

(IPU) Studierende auf, die berufsbegleitend ausgebildet werden in „Integrierter Versorgung psychotisch erkrankter Menschen“. Hierbei ist der Begriff „Integrierte Versorgung“ als eine aktuelle Chance des sich ändernden Versorgungssystems zu verstehen, in dem Berufsgruppen, die sich professionell mit Menschen mit Psychosen befassen, im Rahmen der gesetzlich geschaffenen Möglichkeiten, aber auch mit dem Denken der Integration und Vernetzung der therapeutischen, psychotherapeutischen und begleitenden Möglichkeiten auf höchstem Niveau zusammenarbeiten. Dies wird auch einen Weg zu selbstverständlichem Einsatz qualitativ hochwertiger Psychosenpsychotherapie ebnet.

Aktuelle Rahmenbedingungen

Die psychotherapeutische Behandlung erfolgt in Deutschland im Wesentlichen über die Richtlinienpsychotherapie. Hier sind im Rahmen des TK-Modellvorhabens „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ Erstdiagnosen von Psychotherapieanträgen einer Untersuchungsgruppe (n = 906) erfasst worden (**Abbildung 1**). Während affektive (ICD 10: F3) und neurotisch somatoforme Störungen (ICD 10: F4) zusammen über 90% ausmachen, bleiben Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis bei unter einem Prozent [12]. Es ist möglich, dass bei den aktuellen Psychotherapierichtlinien, die in Bezug auf den aktuellen Forschungsstand veraltet sind, Menschen mit Psychosen wegen einer depressiven Erkrankung (die aber eigentlich die Folge einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis ist) in psychotherapeutische Behandlung kommen, und somit statistisch bei den affektiven Störungen mitgezählt wurden. Dies allein erklärt so eine Statistik aber noch nicht. In Anbetracht der Häufigkeit von psychotischen Erkrankungen zusammen mit dem oben angeführten Hilfebedarf lassen sich diese Zahlen nur so interpretieren, dass das psychotherapeutische System mit seinen Richtlinien mit dem Hilfebedarf von Menschen mit Psychosen nicht übereinstimmt.

Der Implementierung einer selbstverständlichen psychotherapeutischen Behandlung von Psychosekranken stehen

die aktuellen Psychotherapierichtlinien entgegen: Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen werden als Indikation angegeben, nicht jedoch die psychotische Erkrankung selbst. Dies entspricht nicht dem aktuellen Forschungsstand, so dass die Richtlinien aus wissenschaftlicher Sicht geändert werden müssen.

Aktuelle Versorgungslandschaft

Die psychiatrische Versorgung für Menschen mit Psychosen weist eine „Kommstruktur“ auf, die für viele Menschen mit Psychosen nicht geeignet ist. Es gibt Neuerungen der Versorgungsformen und der Gesetzeslage, um solche Missstände aufzulösen: Integrierte Versorgung (IV), Home Treatment, Assertive Community Treatment, Soziotherapie und psychiatrische Pflege. All diese Angebote vermögen es (noch) nicht, die schlechtere Behandlung von Menschen mit Psychosen im Vergleich zu anderen psychiatrischen Erkrankungen aufzulösen. Oft genug wird Psychotherapie als Bestandteil der Behandlungspläne der IV, der stationären Versorgung und anderer Einrichtungen benannt, am Ende jedoch nicht durchgeführt. Hierfür werden personelle und finanzielle Gründe angeführt, was bei neueren Konzepten wie der IV nicht akzeptabel erscheint, sondern eher wie eine Mogelpackung. Hilfen zur Wiedereingliederung kommen von Einzelfallhelfern und Betreuern zum Beispiel im betreuten Wohnen – eine Psychotherapie findet zusätzlich in den meisten Fällen nicht statt. Die Be-

troffenen gehen davon aus, dass sie begleitende professionelle Hilfe – manchmal ja auch von Psychologen – haben, und werden über den Unterschied zu einer spezifischen Psychotherapie nicht aufgeklärt. Diese Hilfen könnten, wenn die traditionelle Spaltung der sozialpsychiatrischen und psychotherapeutischen Maßnahmen überwunden wird, eine Brücke zur psychotherapeutischen Behandlung sein. Bislang ist aber auch diese Brücke nur bedingt nutzbar, denn die gute Idee der Soziotherapie ist in den meisten Regionen eine Versprechung geblieben und auch ambulante psychiatrische Pflege ist nicht flächendeckend verfügbar. Das führt zu einer Situation, in der Betroffene immer wieder in Kliniken und Heime eingewiesen werden – weder eine angemessene, noch kostengünstige und vor allem keine perspektivische Lösung.

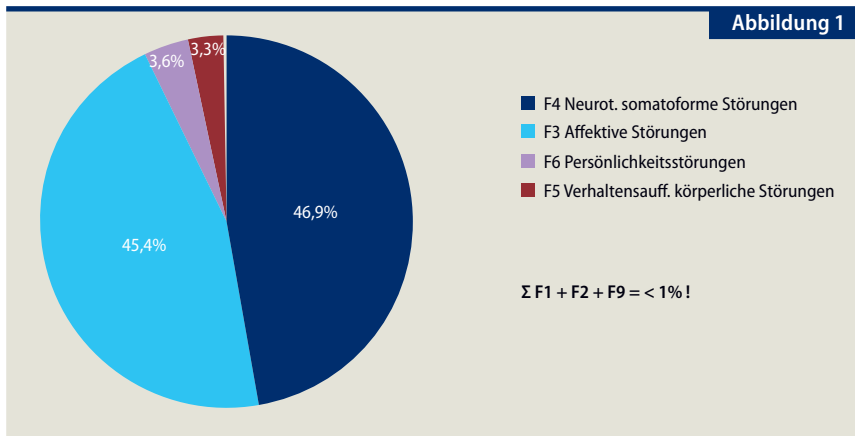
Erfahrungen im Rahmen der IV

Die IV als Versorgungsform verspricht vorhandene Ressourcen verfügbarer zu machen und die Vernetzung der Disziplinen zu verbessern [13]. Ob dies eine Brücke zur besseren psychotherapeutischen Versorgung sein kann, erfordert eine genauere Betrachtung: Es gibt zu derzeit nur Sonderverträge mit Krankenkassen, wie zum Beispiel Verträge, die Krankenhäusern Gelder zusagen, wenn sie Ressourcen in den ambulanten Bereich umwidmen und Hometreatment aufbauen (Hamburger Modell DAK/AOK etc.). Es gibt auch Verträge mit Trägern der Sozialhilfe und Eingliederung

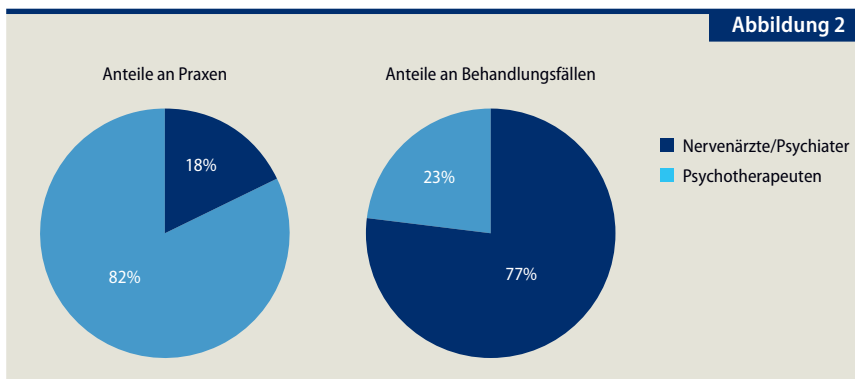
Anzeige

XEPLION®
Paliperidonpalmitat

www.xeplion.de **janssen**



Erstdiagnosen in der Richtlinienpsychotherapie (n = 906, nach [12])



Gewichte von Nervenärzten/Psychiatern versus Psychotherapeuten in der ambulanten Versorgung (nach [12])

(SGB XII), bei welchen ambulante Krisenintervention und Hometreatment (SGB V) ausgeweitet wird (TK-Modell). Als drittes gibt es IV-Verträge mit dem Ziel, komplexere und niedrigschwellige Leistungen in Facharztpraxen anzubieten (Modell VPSG DAK/BKK/AOK). Jedes dieser Modelle weist Stärken und Schwächen auf. Deutlich wird die dringende Notwendigkeit der Verbindung von SGB V und XII sowie der Vernetzung und Einbindung von Praxen. Auch fremde Interessen sind bei geschlossenen Verträgen deutlich geworden, die damit eine bedürfnis- und ressourcenorientierte Hilfe fragwürdig erscheinen lassen.

Wie bereits erwähnt, kommt Psychotherapie in den Verträgen vor. Deren Wirksamkeit in diesen Modellen scheint dem bisherigen Stand nach unumstritten [14]. Es ist zu diesem Zeitpunkt un-

klar, ob im Rahmen der Verträge die psychotherapeutische Qualifikation beachtet wird. Unverständlich ist jedoch, dass sich solche Versorgungsmodelle zeitgleich mit der Erstellung von evidenzbasierten Leitlinien entwickeln, die bei den innovativen Modellen nicht berücksichtigt werden [15].

Rückschlüsse aus der Epidemiologie

Die Epidemiologie der psychotischen Erkrankungen ist eindrücklich stabil: Die psychotischen Störungen nach DSM IV haben eine Jahresprävalenz von 2,6% [16]. Psychotische Erkrankungen werden als besonders schwer bezeichnet („Severe mental illness“). Die Schwere psychotischer Erkrankungen zeigt sich unter anderem an der Behandlungshäufigkeit („Heavy user“): Über 72% der psychotisch Erkrankten in einem Jahr erhalten

irgendeine Intervention. Im Vergleich dazu sind es im Schnitt nur 36,4% aller diagnostizierten psychiatrisch Erkrankten eines Jahres, wobei damit Kontakte zu allen psychosozialen Einrichtungen inklusive Hausarztpraxen gemeint sind. Gezählt wurde ungeachtet von Häufigkeit, Dauer sowie Art der Intervention [16]. Weniger als 10% der Patienten erhalten mehr als drei Interventionen/Kontakte.

Die Hilfebedürftigkeit von Menschen mit psychotischen Erkrankungen stellt sich mit den doppelt so häufigen Behandlungen im Vergleich zum Durchschnitt deutlich dar. Zusätzlich zeigen die genannten Zahlen ebenso deutlich eine nicht ausreichende Betreuung: Ein einzelner Kontakt im Jahr kann keine angemessene Behandlung beinhalten und ganz sicher keine Psychotherapie. Der Begriff „Heavy user“ ist insofern irreführend, da die Betroffenen das System eben nicht nutzen, sondern scheinbar eher die akuten Spitzen der Erkrankung abgefangen werden, eine Psychotherapie aber ausbleibt.

Unterversorgung im Alltag

Die Zahl der niedergelassenen Psychotherapeuten nimmt zu, die durchgeführten genehmigten Psychotherapien ebenfalls. Brauchen wir also noch mehr Psychotherapeuten? Nein, eher eine Umverteilung der behandelten Diagnosen. Michael Linden, Leiter des Psychotherapierates der DGPPN, sagt, dass hohe Ausbildungsstandards für Psychotherapie nur zu rechtfertigen sind, wenn Psychotherapie sehr viel konsequenter auf Krankenbehandlung im engeren Sinne eingeschränkt und supportive Therapie oder Unterstützung bei der Bewältigung allgemeiner Lebensbelastungen anderen überlassen wird [17].

Dominanz der Pharmakotherapie

Bei psychotischen Erkrankungen ist die Pharmakotherapie praktizierter Alltag. Diese verspricht raschen Erfolg und dieser wird als anhaltend gelehrt, wobei hier neuere wissenschaftliche Erkenntnisse durchaus gegenteiliges beschreiben [18, 19]. In den psychiatrischen Praxen ist nicht ausreichend Raum für Psychotherapie. Dies kann zum Beispiel an der Anzahl der Behandlungsfälle einer

psychiatrischen (nervenärztlichen) Praxis im Vergleich zu einer psychotherapeutischen Praxis gezeigt werden (**Abbildung 2**). Einige niedergelassene Psychiater und Nervenärzte mit psychotherapeutischer Ausbildung widersprechen an der Stelle, für psychotherapeutische Interventionen keine Zeit zu haben. Sie argumentieren, wie es sonst zu werten sei, was sie tun, wenn sie Menschen mit Psychose über Jahre hinweg begleiten und therapieren. Das Medikament könnten die Patienten überall bekommen, nach Jahren sei aber meist eine Beziehung entstanden, deren Entstehen als psychotherapeutischer Erfolg verstanden werden kann. Hierbei handelt es sich allerdings nicht um Richtlinienpsychotherapie, sondern um eine Haltung und eine Professionalität des häufig psychotherapeutisch ausgebildeten behandelnden Arztes, was als psychotherapeutisches Element in der Behandlung verstanden werden kann.

Schwierige Psychotherapeutensuche

Einige Patienten machen sich selbst auf die Suche nach einem Psychotherapeuten, zum Beispiel weil sie mit einem rein biologischen Krankheitsmodell explizit unzufrieden sind. Für nicht wenige Patienten sind die Hürden dafür zu hoch. Nicht selten wurde ihnen von einer Psychotherapie abgeraten. Oft haben sie, obwohl sie leiden und Hilfe suchen, am Anfang einer Therapie nicht die geforderte Krankheitseinsicht, die sich erst im Verlauf der Therapie entwickelt. Vor allem aber gibt es, wie oben angeführt, nur wenige Psychotherapeuten, die psychotische Patienten in Behandlung nehmen.

Vorurteile belasten Psychotherapie

Psychoanalytiker glaubten früher, dass die Therapie vor allem darin besteht, dass der Therapeut dem Patienten die tiefer liegende Bedeutung seiner Symptome mitteilt. Das führte zu einer schematischen Anwendung der psychoanalytischen Methode, wobei die Analytiker wenig Rücksicht darauf nahmen, ob sie nicht ihre Patienten mit ihrem vermeintlichen Wissen überrollten. Diese frühen Versuche, die etwa um die Mitte des letzten Jahrhunderts stattfanden, haben leider bis in die Gegenwart das Bild der

Perspektiven für eine bessere Versorgung von Menschen mit Psychosen

- Für eine besser qualifizierte und selbstverständlichere psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit Psychosen ist eine verfahrensübergreifende Zusammenarbeit in Praxis, Lehre und Forschung dringend notwendig. Dazu würde auch gehören, die historisch erklärbaren Vorurteile gegenüber der psychodynamischen Psychosenpsychotherapie zu überdenken.
- Die Ausbildungspläne von Hochschulen und privaten Instituten müssen die Psychotherapie von Patienten mit psychotischen Erkrankungen besser oder überhaupt erst berücksichtigen.
- Die Richtlinien für Psychotherapie der Schizophrenie müssen dem aktuellen Forschungsstand angepasst werden und eine psychotherapeutische Behandlung der Grunderkrankung im Sinne der Leitlinien im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans ermöglichen. Dazu gehört gegebenenfalls eine enge Abstimmung mit psychiatrischen und sozialtherapeutischen Behandlern.
- Die Umsetzung der S3-Leitlinien muss erfolgen und damit sollte dem Psychosepatienten eine Psychotherapie zur Verfügung stehen.
- Von den Anbietern „Integrierter Versorgung“ ist zu fordern, dass sie psychotherapeutisch qualifiziertes Personal einstellen.

analytischen/psychodynamischen Psychose-therapie in der Öffentlichkeit und selbst in der Fachöffentlichkeit geprägt. Das nach wie vor oft anzutreffende Vorurteil lässt sich folgendermaßen beschreiben: Psychoanalyse bedeutet, dass man in den Tiefen der Psyche, den Abgründen der Seele monströse Wünsche oder Tatsachen entdeckt, die durch den Analytiker ins Bewusstsein gehoben werden. Der Psychoanalytiker erschließt den Sinn der krankhaften Erscheinungen und konfrontiert den Patienten völlig unsensibel mit unerträglichen Realitäten. Aufgrund dieser falschen Auffassung raten noch heute Psychiater ihren

Patienten von einer tiefenpsychologischen oder analytischen Psychotherapie ab. Sie sind überzeugt, dass eine Aufdeckung des Unbewussten gefährlich sei. Sie wühle den Patienten auf und könne so Rückfälle und eine Verschlechterung seines Zustands verursachen. Die damaligen psychoanalytischen Bemühungen waren so gefährlich übrigens nicht, sie waren nur ineffektiv. Viele Psychoanalytiker nahmen sich sehr viel Zeit und engagierten sich für ihre psychotischen Patienten, die damals üblicherweise verwahrt wurden und unter teilweise destruktiven Behandlungsmethoden zu leiden hatten.

Anzeige



XEPLION®
Paliperidonpalmitat

www.xeplion.de janssen

Plädoyer für eine moderne psychodynamische Psychosentherapie

Psychoanalytiker haben seither viele anfängliche Fehler korrigiert. Vorurteile gegen Medikamente oder Angehörige („schizophrenogene Mutter“) gelten längst als obsolet. Eine Zusammenarbeit mit Mitbehandlern wird positiv aufgefasst, die Therapien werden im Sitzen durchgeführt. Vor allem in den letzten Jahrzehnten wurde die psychoanalyti-

sche Methode erheblich modifiziert und an die besonderen Probleme psychotischer Patienten angepasst.

Die psychodynamische Psychosenpsychotherapie geht dabei vor allem auf die spezifische Verwundbarkeit bei der Kontaktgestaltung ein. Die grundlegende Theorie geht von Dilemmata zwischen Nähe und Distanz beziehungsweise Autonomie und Abhängigkeit aus. Mentzos spricht vom Dilemma zwischen selbst-

und objektbezogenen Tendenzen [20]. Es wird angenommen, dass vergangene und aktuelle Beziehungserfahrungen von Menschen mit Psychosen zu intrapsychischen Spannungen führen, welche die Verarbeitung von Erfahrungen beeinträchtigt. Darauf aufbauend hat sich eine modifizierte Psychotherapie entwickelt, welche die Symptome als individuelle Lösung dieser Dilemmata ansieht, also zum Beispiel den Wahn als konstruktiven Lösungsversuch. Somit muss er nicht als Symptom bekämpft werden, sondern kann in einen Verstehensprozess eingebunden werden, der eine Brücke zum Patienten schaffen kann. Psychodynamisches Verständnis bedeutet die Möglichkeit für den Therapeuten, dem Beziehungsdilemma nicht ausgeliefert zu sein, sondern eine gelassene und konstruktive Position einnehmen zu können. Mit dem Patienten werden dann in der therapeutischen Beziehung die Grenzen zwischen Ich und Du und die Einordnung in gestern, heute, morgen erarbeitet, ohne dass der Betroffene selbst vorgegebene Strukturen erfüllen muss. Der Erfolg zeigt sich in einer Angstreduktion, die dann eine therapeutische Beziehungsarbeit und Rekonstruktion der Biografie ermöglicht.

Neuer Masterstudiengang

Derzeit vollzieht sich eine grundlegende Umstrukturierung in der psychiatrischen Versorgung. Das ist eine große Chance für eine erfolgreichere Therapie von Psychosekranken. Dabei wird in der Zukunft entscheidend wichtig sein, über eine professionelle Expertise für die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team und die Vermittlung zwischen stationären, komplementären und ambulanten Bereichen zu verfügen.

Der zum Sommersemester 2013 an den Start gegangene weiterbildende und berufsbegleitende Masterstudiengang „Integrierte Versorgung psychotisch erkrankter Menschen“ setzt genau hier an. Er ist ein Kooperationsstudiengang zwischen der Charité Berlin, dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), der katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB) und der federführenden international Psychoanalytic University (IPU) in Berlin. Durch diese Kooperation können sämtliche Berufsgruppen, die professionell mit Menschen mit Psychosen arbeiten, zeitgleich berufsgruppenübergreifend wie berufsgruppenspezifisch ausgebildet werden.

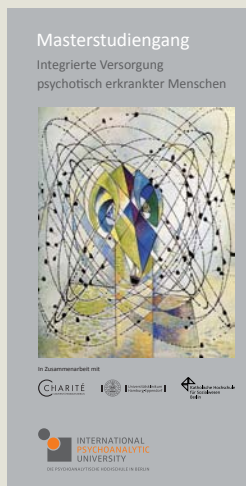
Inhalte

Der Masterstudiengang vermittelt den aktuellen Wissensstand zum Phänomen Psychose methodenübergreifend. Erlernt beziehungsweise vertieft werden Kompetenzen zu bedürfnisangepasster, effektiver und gleichzeitig ressourcensparender Zusammenarbeit innerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems. Therapeutische Haltung, Kompetenz und Authentizität werden durch ein über das gesamte Studium verlaufendes Modul mit supervidierter Fallarbeit im Team intensiv weiter ausgebildet. Die Absolventen dieses Studienganges sind so nach Abschluss ihres Studiums auf hohem Niveau für eine effektivere Gestaltung und Umsetzung einer integrierten und qualifizierten Versorgung psychotisch erkrankter Menschen innerhalb des Versorgungssystems ausgebildet. Sie lernen die berufsgruppenspezifischen Handlungsaufträge und Expertisen aufeinander zu beziehen und diese strukturell umzusetzen.

Zielgruppen

Die Studierenden des neu gestarteten Studienganges sind Pflegewissenschaftler, Psychologen, Ärzte, aus der sozialen Arbeit, Juristen und Historiker, - die spezifischen Arbeitsfelder sind von Betreuung über Beratung und Therapie hin zu leitenden Positionen in sozialpsychiatrischen Einrichtungen oder im Krankenhaus. Die Altersspanne der Studierenden reicht von 27 bis zu 57 Jahren. Die Studierenden sind hochmotiviert und bereits im ersten Semester schon zur Gruppenarbeit zusammengekommen, wobei es viel um Vertiefen der eigenen Professionalität und das Kennenlernen der angrenzenden Tätigkeiten geht.

Informationen zum Studiengang: www.ipu-berlin.de



Fazit für die Praxis

Zusammengefasst setzt die moderne psychodynamische Therapie effektiv an der bei psychotischen Menschen gestörten Regulation und an den Dilemmata antagonistischer Affekte und Tendenzen an. Sie kann dabei hilfreich sein, diese Gegensätze abzuschwächen, neue Ressourcen zu entwickeln und die psychotische Erfahrung in die Biografie zu integrieren. Diese Methode wird in der Alltagspraxis zunehmend angewandt. Die Grundlagen für die Beforschung nach den aktuellen wissenschaftlichen Standards sind auf dem Weg [11]. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Prof. Dr. med. Dorothea von Haebler, Berlin
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Charité
 Universitätsmedizin Berlin, International Psychoanalytic University Berlin, IPU
 E-Mail: dorothea.vonhaebler@charite.de

Literatur

1. National Institute for Health and Clinical Excellence. Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update). National Clinical Practice Guideline Number 82, (2009), London.
2. Albani C; Blaser G; Geyer M, Schmutzer G; Brähler E. Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus der Sicht der PatientInnen – Teil I Versorgungssituation. *Psychotherapeut* 2010; 55: 503-14
3. Bock, Th., Brysinski, T., Klapheck, K., Bening, U., Lenz, A., Naber, D. Zum Subjektiven Sinn von Psychosen - Erstellung, Validierung und erste Anwendung eines Fragebogens - das Hamburger SuSi-Projekt. *Psychiatr Prax* 2010; 37: 285-91.
4. Klapheck K, Nordmeier S, Cronjäger H, Naber D, Bock T. Subjective experience and meaning of psychoses: The German Subjective Sense in Psychosis (SUSE) Questionnaire. *Psychological Medicine* 2011, 7, 1-11
5. Leichsenring F, Dümpelmann M, Berger J, Jaeger U, Rabung S. Ergebnisse stationärer psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung von schizophrenen, schizoaffektiven und anderen psychotischen Störungen. *Z Psychosom Med Psychother* 2005; 51: 23–37.
6. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 (4):CD000088.
7. Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrier N. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr Bull* 2008; 34: 523-37
8. Rosenbaum B, Harder S, Knudsen P, Køster A, Lindhardt A, Lajer M, Valbak K, Winther G. Supportive Psychodynamic Psychotherapy versus Treatment as Usual for First-Episode Psychosis: Two-Year Outcome. *Psychiatry Interpersonal & Biological Processes* 2012; 75: 331-41
9. Dümpelmann M, Jaeger U, Leichsenring F, Masuhr O, Medlin C, Spitzer C. Psychodynamische Psychosenpsychotherapie im stationären Setting. *PDP - Psychodynamische Psychotherapie* 2013 12 1: 45-58
10. Lempa G und von Haebler D. Werkzeugkasten des psychodynamischen Psychosetherapeuten. *Psychotherapeut* 2012; 57: 495-504.
11. Lempa G, Montag C und von Haebler D. Auf dem Weg zu einem Manual der psychodynamischen Psychosentherapie. *Psychotherapeut* 2013; 4: 327-38.
12. Wittmann, W.W., Lutz, W., Steffanowski, A., Kriz, D., Glahn, E.M., Völkle, M.C., Böhnke, J.R., Köck, K., Bittermann, A. & Ruprecht, T. Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht 2011. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
13. von Haebler D, Lempa G, Klingberg S, Schultze-Jena, Hümbns N, Bock, T. Stellungnahme des Dachverbandes Deutschsprachiger Psychosen-Psychotherapie (DDPP) zur Debatte um seelische Gesundheit, Psychotherapiebedarf und „Integrierte Versorgung“ 2011. <http://www.ddpp.eu/bilder/111124StellungnahmeDDPPb.pdf>
14. Schöttle D, Karow A, Schimmelmann BG, Lambert M. Integrated care in patients with schizophrenia: results of trials published between 2011 and 2013 focusing on effectiveness and efficiency. *Curr Opin Psychiatry* 2013; 26: 384–408
15. Pfammatter M, Junghan U.M. Integrierte psychotherapeutische Behandlung von schwer psychisch Kranken“ *Nervenarzt* 2012; 83: 861-8
16. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15: 357-76.
17. Linden, M, Langhoff C. Verhaltenstherapie-Kompetenz-Checkliste Kompetenzerfassung, Qualitätssicherung und Supervision. *Psychotherapeut* 2010; 55: 477–84
18. Harrow M, Jobe TH. Does long-term treatment of schizophrenia with antipsychotic medications facilitate recovery? *Schizophr Bull* 2013; 39: 962-5
19. Andreasen NC, Liu D, Ziebell S, Vora A, Ho BC. Relapse duration, treatment intensity, and brain tissue loss in schizophrenia: a prospective longitudinal MRI study. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 609-15
20. Mentzos S. *Lehrbuch der Psychodynamik*, 3. Aufl. 2009. Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen.