- Vortrag Tobias Meister, Leitender Psychologe, Bezirksklinikum Obermain

Selbstbestimmung bei psychotisch erkrankten Menschen *psychotherapeutisch fördern*

Selbstbestimmung im Kontext psychischer Störungen

Fähigkeit und Recht eines Menschen,

- Eigene Entscheidungen zu treffen,
- Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen,
- Persönliche Ziele zu verfolgen und
- Eigenmotiviert am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen

Kein Privileg sondern Menschenrecht nach UN-Behindertenrechts-konvention: Achtung der Menschenwürde für psychisch Beeinträchtigte

Freiheit

Autonomie

Teilhabe

Eigenverantwortung

Selbstbestimmung bei Psychosen – Ziel und Herausforderung

- Menschenrecht und essenzieller Bestandteil der Genesung – größtmögliche Autonomie bei der Gestaltung des Lebens und medizinischer Entscheidungen erhalten oder zurückgewinnen

- Herausforderungen bei medizinischen Behandlungen gegen den erklärten Willen: Phasen stark eingeschränkter Realitätswahrnehmung und Informationsverarbeitung – vorübergehende Beeinträchtigung realistischer Selbsteinschätzung oder weitreichender Entscheidungsfähigkeit

- Form der Psychotischen Symptome mit befehlserteilenden Stimmen und Wahnvorstellungen, in denen die Betroffenen glauben, benachteiligt, bedroht oder verfolgt zu sein, Einbezug in des Wahnsystem, vorangegangene Delikte oder Rauschmittelkonsum als Risikofaktoren erhöhter Fremd- und Selbstgefährdung

Bedeutung einer partizipativen therapeutischen Haltung

Recovery umfasst dabei Hoffnung entwickeln, eigene Stärken entdecken, Selbstwirksamkeit erleben, persönliche Ziele verfolgen und Teilhabe ermöglichen

Empowerment bedeutet gemeinsam Ressourcen zu aktivieren, Kontrolle über das eigene Leben zu gewinnen und Entscheidungen selbst zu treffen – selbstbestimmtes Leben trotz krankheitsbedingter Einschränkungen

Aspekte selbstbestimmten Lebens bei Psychose-Betroffenen

1. Genesungskonzepte
2. Informationsgewinn
3. Verantwortungsübernahme
4. Eigeninitiative
5. Entscheidungs- und Wahlmöglichkeiten

6. Eigene Bedürfnisse
7. Eigenständigkeit
8. Stress- und Krisenbewältigung
9. Zielorientierung
10. Reflexionsfähigkeit

Wie kann Selbstbestimmung im Umgang mit psychotisch erkrankten Menschen respektiert und gefördert werden: therapeutische Haltung und Aufbau von Bewältigungsfertigkeiten durch psychotherapeutische Methoden

1. Genesung - immer individuell

- Nicht zwangsläufig Symptomfreiheit, vielmehr Entwicklung eines erfüllten Lebens und Gestaltung eines guten Lebens mit der Erkrankung
- Hoffnung und Zuversicht fördern den idiosynkratischen Genesungsprozess
- Betroffene definieren ihre persönlichen Ziele selbst
- Professionelle begleiten den Prozess, möglichst ohne Entscheidungen vorzugeben

Behandlungsphasen und normative Ziele in Anlehnung an die S3-Praxisleitlinien

Akutphase	– Eingrenzen psychotischer Symptomatik (ggf. durch effektive Pharmakotherapie) und Aufbau therapeutischer Beziehung zum Betroffenen und Angehörigen – psychotherapeutischer Aspekt: Möglichkeit geben, wahnhafte Ideen, Halluzinationen, Ängste und Beziehungssetzung zu verbalisieren – Überblick über Inhalte der Psychose & damit verbundene Verhaltensweisen und Gefühlszustände nach intensiver Beobachtung fördert Sensibilität beiderseits für Anzeichen eines Rückfalls
Stabilisierung	– Psychotherapie und Sozialpsychiatrische Aspekte zentral: Aufarbeitung des Geschehenen , Aufbau von Selbstwirksamkeit und funktionaler Selbstregulation – Vorstellungen von Erfolg und Gesundheit entwickeln, die störungsbedingte Einschränkungen integrieren und einen zukünftigen Weg einschlagen lassen (gesund genug werden, um zu ...)
Ablösung/ Remission	– niedrigste mögliche Erhaltungsdosis als Teil individuell selbstständig handhabbaren Notfallplans – Akzeptierender Umgang mit Restsymptomatik und Diagnose – funktionale Selbstbildintegration – Vertrauen stärken, wieder am Leben teilzunehmen – so normal wie nötig, so besonders wie möglich – Wiedereinstieg in normalen Alltag mit Weiterentwicklung und möglichst selbstständiger Umsetzung eigener Wünsche bedeutet Gesundwerden, nicht nur Abnahme von Pathologie

2. Informationsgewinn: Wissen schafft Selbstbestimmung

- Ziel: Betroffene können bewusster entscheiden und aktiver an ihrer Behandlung mitwirken, Informiertheit als Grundlage selbstbestimmter Entscheidungen

- Bedeutung:
  - Psychoedukation
  - Aufklärung über Medikamente
  - Austausch in Selbsthilfegruppen
  - Wissen über Unterstützungsangebote
  - Krisenpläne entwickeln

Grundhaltung bei der Erarbeitung des Störungsbegriffs

- **NORMALISIERUNGEN** reduzieren katastrophisierende Bewertungen und defätistische Prognosen, fördern Therapiemotivation und die Bereitschaft, dysfunktionale Annahmen infrage zu stellen

- **Gemeinsam Verständnis für idiosynkratisches Erleben entwickeln, Erklärungslücken füllen**: „Haben Sie eine Vermutung, was der Grund für… ist? Glauben Sie, dass Belastung ein ausreichender Grund für Ihre Beschwerden sein kann? Geht es allen Menschen in dieser Situation so, was meinen Sie? Wenn nicht, was mag bei Ihnen besonders sein, dass es dazu kam?“

- **Zentrale Botschaften beispielsweise**: „Psychosen sind keine Erbkrankheit, die Wahrscheinlichkeit, ein dafür sensibler Mensch zu sein, steigert sich aber mit zunehmender familiärer Nähe zu einem Betroffenen. Unter Belastung kommt es zur Akutphase, was als bedrohliche Selbstwertkrise mit radikaler Durchschlagskraft erlebt wird und viel Leid erzeugt. Behandlung hilft, den früheren Zustand wieder zu erreichen. Es gibt gute Chancen, auf den Krankheitsverlauf Einfluss zu nehmen, aber eine Rückfallgefährdung besteht...“ (vgl. Bock, 2013; Klingberg, 2009)

3. Verantwortung übernehmen – *mit* den Betroffenen handeln

- Eigenverantwortung nicht ersetzen, sondern Selbstbestimmtheit ermöglichen, soweit dies möglich und gewünscht ist

Beispiele:

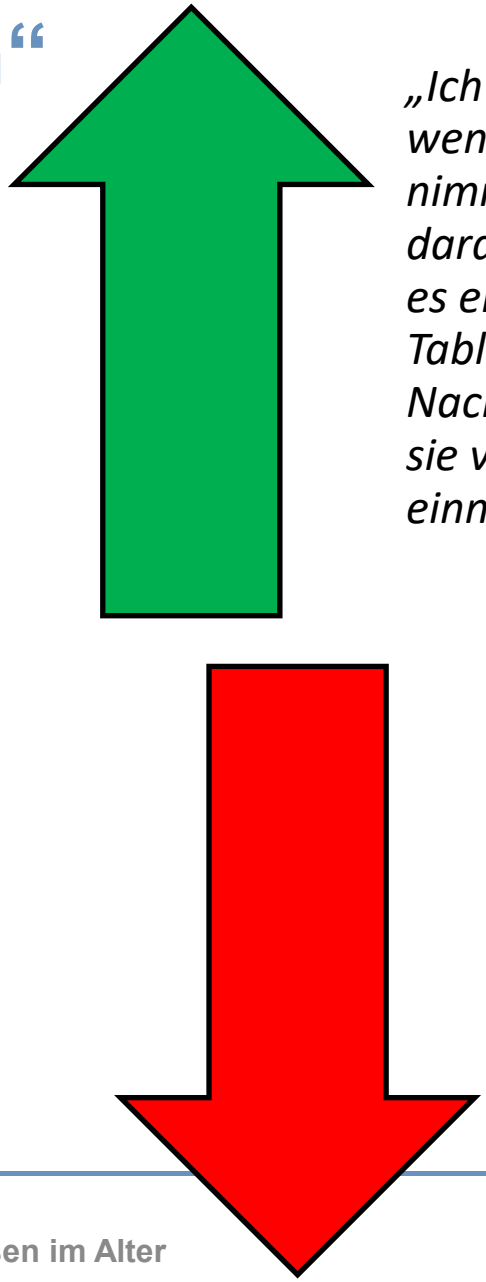
- Termine selbst organisieren
- Medikamente bewusst einnehmen
- Finanzen verwalten
- soziale Kontakte pflegen
- Hilfe aktiv einfordern

„Ausdruck von negativen Gefühlen“

→ **Psychoedukation „Dampfkessel“, ungünstige Beispielsäußerungen**

→ **Identifikation einer individuellen Situation und Vorschläge zukünftig konstruktiver Verhaltensänderung**

→ **Therapeut ermöglicht durch explizit-verständliche Instruktion und Metakommunikation die Initiierung von Verhaltensänderungen**



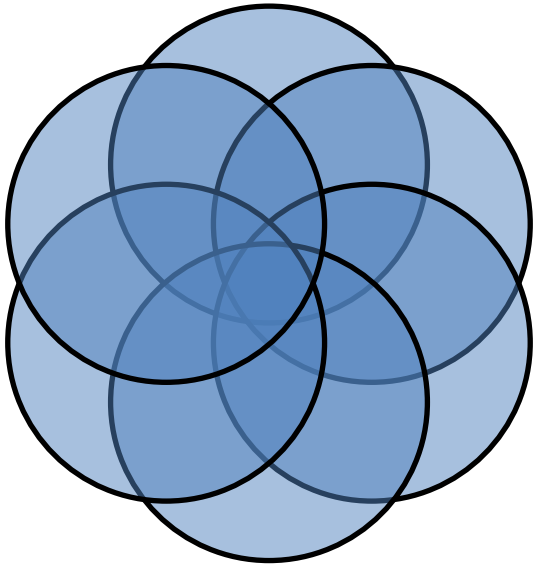
„Ich wäre sehr erleichtert, wenn du deine Medikation nimmst, ohne, dass ich dich daran erinnern muss. Wäre es ein Weg, wenn wir die Tabletten auf deinen Nachttisch legen, so dass du sie vor dem Schlafengehen einnehmen kannst?“

„Du hast ja schon wieder deine Pillen nicht genommen? Wie oft muss ich das denn noch sagen? Ich kann doch nicht laufend hinter dir herrennen, dass musst du schon selbst hinkriegen!“

Kommunikationstraining (Hahlweg et al, 2006ff.)

Selbstmanagement-Modell: durch die Wissensvermittlung werden Patient und Angehörige zu Störungs- und Bewältigungsexperten

Aktives Zuhören: zuhören mit Nicken und bestätigenden Gesten, Gehörtes zurückmelden, bei Unklarheit nachfragen



Allgemeine Regeln: Gesprächspartner anschauen, „Ich“ drücke Gefühle aus!

Negative Gefühle ansprechen: Was mir missfallen hat, konkret beschreiben und sagen, wie ich mich dabei gefühlt habe – Vorschlag, wie er/sie dies in Zukunft anders machen kann

Äußern positiver Gefühle: beschreiben, was mir gefallen hat und sagen, wie ich mich gefühlt habe

Wünsche äußern: Gesprächspartner anschauen, Bitte genau beschreiben, Ausdruck eigener Gefühle

4. Eigeninitiative – Selbstbestimmung wächst durch eigenes Handeln

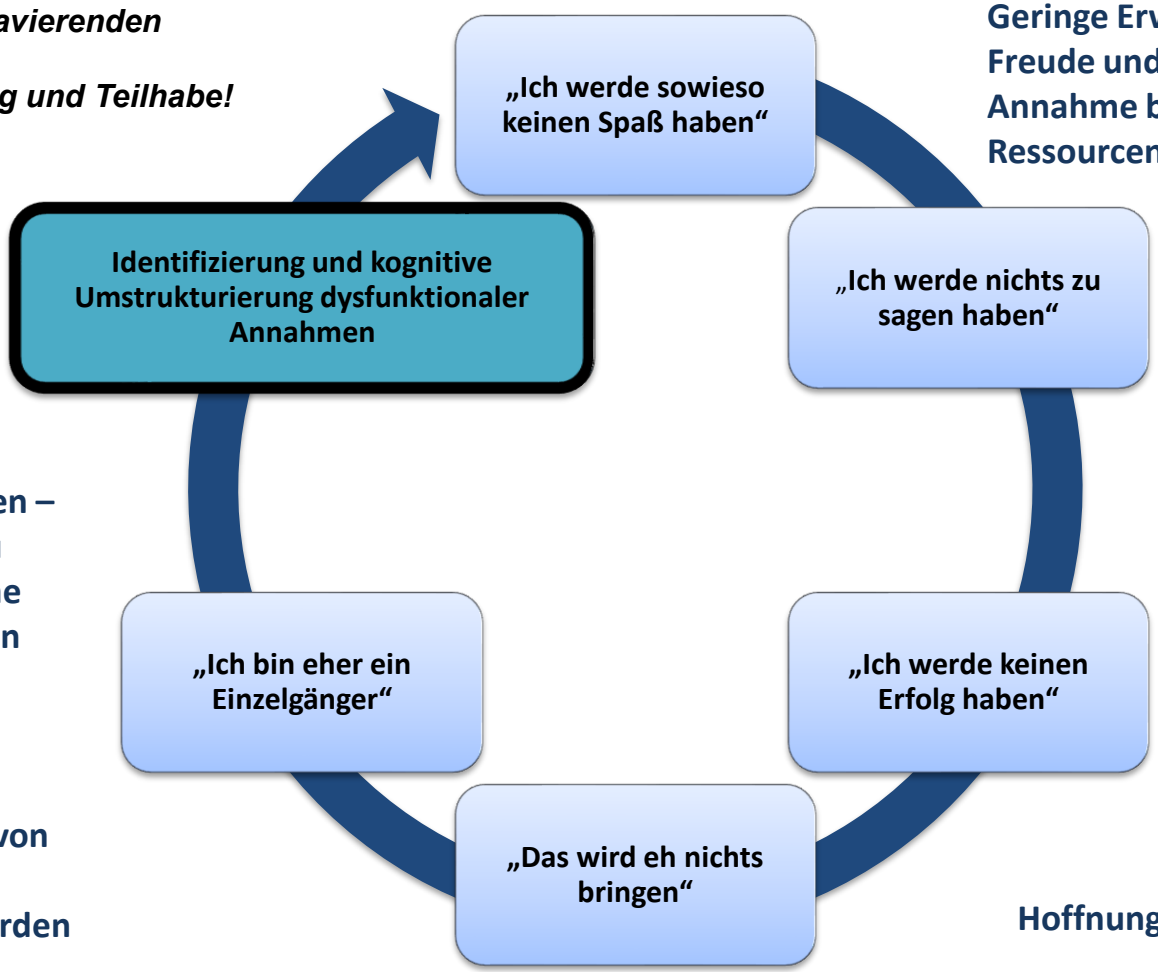
- Aktiv werden stärkt das Gefühl von Selbstwirksamkeit und Kontrolle über das eigene Leben

- Beispiele:

- Hobbies beginnen
- Eigene Ziele formulieren
- Unterstützung suchen
- Sinnhafte Tätigkeit aufnehmen
- Freizeit euthym gestalten

Teufelskreismodell

kontinuierliche psychosoziale Unterstützung bei gravierenden Auswirkungen auf Lebensverwirklichung und Teilhabe!



Geringe Erwartung von Freude und Vorfreude, Annahme begrenzter Ressourcen

Hoffnungslosigkeit

Selbstkonzept von anderen nicht gemocht zu werden

Erfolgsmaßstäbe klären – altes Funktionsniveau oder noch bedeutsame Lebensziele im jetzigen Lebenskontext

Hilfreiche therapeutische Strategien: Rahmenbedingungen flexibilisieren, Geduld

- Kurze Sitzungen bei Beeinträchtigungen; Strukturierung und Erinnerung an Sitzungen, den Pat. selbst aufsuchen bei starker Vergesslichkeit oder anderweitig desorganisiertem Verhalten

- Empathisches Zuhören signalisiert nicht-wertende Akzeptanz, bestätigt die Wichtigkeit der persönlichen Betroffenheit und den Standpunkt des Pat. und unterstreicht, dass man ihn als vernünftige Person ansieht – **Minus-Symptomatik oft aufrechterhalten durch Kritik, Bestätigung negativer Selbstkonzepte**

- **Kurz- und mittelfristige Ziele** (Körperpflege, Tagesstruktur, Aktivitäten) als Erfolgserlebnisse wirken lassen, um **Hoffnung für die Erreichung bedeutsamer langfristiger Ziele** (Partner finden) zu signalisieren

- **Nicht unter meist gewohnten Druck setzen, sofort wieder aktiv werden zu müssen - Annahme: Betroffene gewinnen nur, wenn ich in einer *mir* sinnvoll erscheinenden Art und Weise verbal kommuniziere…**

Verhaltensexperiment - Beispiel

- Annahmen in überprüfbare Hypothesen umformulieren, mögliche Ausgänge & Implikationen besprechen und Feedback einholen:

Meine Annahme: *„Es ist egal, ob ich nach dem Aufstehen frühstücke oder nicht, meine Stimmung bleibt immer schlecht und ist nicht zu beeinflussen…“*

Hypothese: *Meine Stimmung bleibt gleich, auch wenn ich aus dem Bett aufstehe, Kaffee koche, den Tisch decke und mir ein Brot schmiere…*

Test:

Stimmung bewerten auf einer Skala von 0-10

Ich stehe auf, koche Kaffee, decke den Tisch und schmiere mir ein Brot; danach bewerte ich erneut meine Stimmung von 0-10

Ausgang 1) Stimmung bleibt genau gleich nach Bewertung – Annahme korrekt

Ausgang 2) ***Die Bewertung meiner Stimmung verbessert sich ▸Aufstehen und Frühstücken beeinflussen meine Stimmung in positiver Weise ▸ich habe ein Stück weit Kontrolle über meine Stimmung!***

5. Wahlmöglichkeiten ermöglichen Selbstbestimmung

- Alternativen aufzeigen
- Entscheidungen respektieren
- Risiken gemeinsam besprechen
- Ressourcen stärken

- Beispiele:

- Wohnform wählen
- Therapie mitgestalten
- Tagestruktur selbst planen
- Freizeit selbst bestimmen
- Unterstützungsangebote auswählen

Veränderung von Wahnüberzeugungen – Bedingungen und Zielsetzungen

→ **Indikation**,

- wenn betroffene Pat. **sich selbst oder andere gefährden**,
- Wunsch besteht, **Belastung und Stress (der durch die Wahnüberzeugung ausgelöst ist!) zu reduzieren**
- Bei **deutlichen Beeinträchtigungen** durch den Wahn, bspw. alleine wohnen nicht mehr möglich

→ **Ziel**:

- Therapeut unterstützt insoweit, flexibler über den Wahn nachdenken zu können, andere Erklärungen in Betracht zu ziehen und abzuwägen, ob nicht eine größere Distanzierung zum Wahn im Hinblick auf langfristige Ziele funktionaler ist.
- Beachten: **Normative Ziele vs. persönliche Ziele mit Klienten entwickeln**!

Gesprächsstrategien bei Wahn

- Neutrale Fragen: „Wann haben Sie zum ersten Mal bemerkt…? Was passierte…? Woher wussten Sie…? Was war der schlimmste Moment in dieser Situation?

- **Cave:** „Warum regte Sie das auf? Weshalb *dachten* Sie, dass Ihnen jemand folgte…? Übereinstimmen, unterschiedlicher Meinung zu sein!

- „Ich kann nicht wissen, ob es so war. Ich stütze mich jetzt nur auf ihre Erklärungen der Geschehnisse, habe keinen Grund, ihnen nicht zu glauben…“

- „Ich frage mich, ob…? Ist es denkbar…oder ist das keine Möglichkeit? Glauben Sie, dass… auch anders aussehen könnte…?

- **„Glauben Sie mir?“** *Auf eigene Überzeugungen kommt es eher zweitrangig an: „Da maß´ ich mir kein Urteil an, ich bin kein Detektiv und war nicht dabei. Wir arbeiten hier in der Therapie mit dem, was sie erleben und denken, das ist wichtig! Wir können uns aber unterschiedliche Erklärungen für das Geschehene anschauen, wenn Sie möchten und es Ihnen hilft, ihre Ziele zu erreichen…“*

- „Ich kann sehr gut verstehen, dass Sie sehr viel Angst gehabt haben müssen, als Sie davon ausgingen, verfolgt zu werden, dass sie den Wunsch hatten, sich zu verstecken, zuzusperren. Mir würde es da sicher ähnlich gehen…“

Erfassung von und Arbeiten mit Grundüberzeugungen

In Zusammenhang mit negativen Selbstkonzepten

finden sich oft Überschneidungen zwischen

Selbstbewertungen („ich bin wertlos“)

und

Fremdbewertungen („andere sind lieblos und gemein“),

welche bspw. Wahninhalte oder Stimmen inhaltlich transportieren...(„Du bist nichts, die Leute werden über dich lachen“)...

Implikationen einer fälschlicherweise beibehaltener oder aufgegebener Überzeugungen

	Realität (was in Wirklichkeit zutrifft)	
Meine Annahmen	*Ich werde tatsächlich beeinträchtigt*	*Ich werde gar nicht beeinträchtigt*
Ich glaube nicht, dass ich beein-trächtigt werde	„Sie zerstört mein Leben und ich bin so naiv, dass ich mich nicht vorbereite“	„Ich könnte Freunde und Familie wieder treffen…hab mich getäuscht, bin psychisch krank, …“
Ich glaube, dass ich beeinträchtigt werde	„Angst, ich bin nie sicher, ziehe mich zurück…“; ich bin bedeutsam für die Nachbarin und hatte mit allem recht	„Ich habe umsonst so viel Angst und lebe unglücklich; mein Leben ist ein Irrweg, ich beschuldige sie fälschlicherweise

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken für Wahn

% Überzeugungs-stärke

Perspektivenübernahme „Was haben andere gedacht…Haben die anderen auch den Eindruck gehabt, dass…und waren deswegen verunsichert?“

Empirische Disputation „Ist es ok, wenn wir an dieser Stelle nach Hinweisen dafür suchen, dass…Welche Anhaltspunkte haben Sie dafür…“ – Aufdecken logischer Ungereimtheiten

Zu Ende Denken/ Erarbeiten von Alternativen

Verhaltensexperimente z.B. zu Verfolgungsideen: „wer beobachtet mich im Bus wirklich/ Ich-Störungs-Phänomene/Telepathie-Test: „Können alle Menschen gegenseitig ihre Gedanken lesen? Können Sie die Gedanken anderer lesen? Glauben Sie, dass ich ihre Gedanken lesen kann?“ – Realität überprüfen (vgl. Nelson, 2012)

Hedonistische Disputation „Wie würde es Ihnen damit gehen, was hätte diese Annahme für Konsequenzen…?“ – Fokussierung auf widersprechende Information, z.B. Rechercheaufgaben

Metakognitive Therapie MKT+

Willkommen zur

Trainingseinheit 7:

Voreiliges Schlussfolgern II

Die Benutzung der verwendeten Bilder wurde uns von den Künstlern bzw. den Inhabern der Bildrechte freundlicherweise genehmigt – zu Details (Künstler, Bildtitel) siehe Ende der Präsentation.

12/13 A

© Moritz & Woodward
www.uke.de/mkt

…if you feel insulted, threatened or put down…?

	**1. What is the evidence?** How do I know this? Real evidence, hearsay, speculation? Do I know the whole truth?
	**2. Alternative views?** Would people who I trust interpret the situation differently? Am I jumping to conclusions? Do I evaluate the situation fairly & objectively?
	**3. Even if it's like that…am I over-reacting?** Am I reacting appropriately? Will I spoil anything for the future if I over-react? Think first – then act!



Crisis – to whom can I turn?

Friends/relatives	☺
my therapist/physician	☺
Telephone counselling	☺
Institutions that I trust	☺

Flexibilisieren des Wahns unterstützen

→ „Überzeugt sein von etwas heißt nicht, dass es tatsächlich so ist…“

→ **Ersatzüberzeugungen und Alternative Erklärungen einfließen lassen:**

-Medizinische Ersatzüberzeugungen: **psychische Erkrankung /Psychose/ Schizophrenie**

-„**Überempfindlichkeit/ Überaktivität meines Gehirns“**, dass die Symptome erzeugt“

-Psychologische Ersatzüberzeugungen:

„Ich habe mich geirrt, jetzt weiß ich es besser“

- Haltung vermitteln, dass wir Überzeugungen ohne Gesichtsverlust oder Herabsetzung des Selbstwertgefühls ändern können – es ist völlig normal, falsche Ansichten zu haben, es ist aber auch richtig, diese im Licht neuer Fakten zu ändern.
- **das teils wahnimmanente Gefühl persönlicher Wichtigkeit oder Größe**, sollte beim Fortschreiten der Therapie anderweitig ersetzt werden
- **Life-chart im Rahmen der vertieften biographischen Anamnese erstellen, die Lebensereignisse und Symptome in Verbindung bringt – oft bilden familiär geprägte Schemata eine Ausgangsbasis für paranoide Überzeugungen und Interpretationen, die sich – zunächst nachvollziehbar – zum Wahn verfestigen. Beschäftigung mit den emotionalen Reaktionen, die aus der Überzeugung erwachsen!**
- Gehirn kann unter bestimmten Deprivationsbedingungen (Schlaf, Essen), unter dem Einfluss von psychoaktiven Substanzen oder Erkrankungen, Psychose-ähnliche Erfahrungen erzeugen. Ungewöhnliche Erfahrungen teils durch physiologische Ursachen erklärbar!

6. Individuelle Bedürfnisse als Ausgangspunkt professionellen Handelns

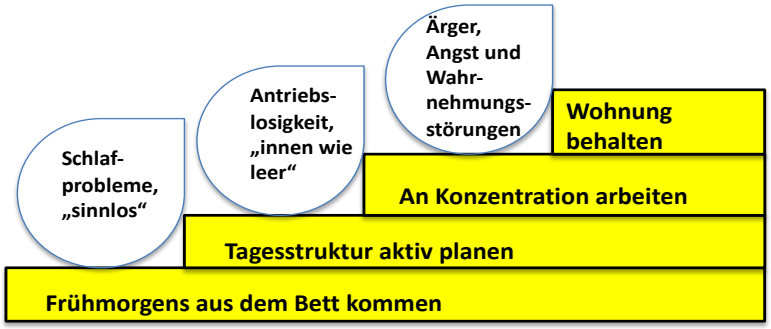
Unterstützung orientiert sich an den Lebenszielen der Betroffenen,

weniger an der Diagnose

- Viele Pat. glauben nicht mehr daran, allgemein übliche normale Lebensziele in ihrem Leben jemals erreichen zu können...
- Innere Haltung des Therapeuten: grundsätzlich möglich, vielleicht nicht sofort realisierbar
- Wichtige allgemeine Lebensziele mit individuellen, konkreten Therapiezielen verknüpfen

- Beispielfragen: „Was wünschen Sie sich für ein erfülltes Leben? Wie sieht das aus, wie fühlen Sie sich, was machen sie gerne, wenn ihr Leben gut und sinnvoll ist?“

- Zieltreppe mit möglichen Hindernissen (vgl. Brinen & Grant, 2013)
- Höchste Stufe = allgemeines Lebensziel, Stufen zu Beginn der Treppe erste Ziele, die Therapeut und Patient sich gemeinsam vornehmen: „Manchmal sind die Ziele so weit weg, dass der endgültige Weg dorthin noch nicht klar ist...“
- Ausgehend von motivierenden Lebenszielen Zwischenschritte und Hindernisse berücksichtigen („andere sollen mich nicht mehr angreifen“, „ich möchte nur noch im Bett bleiben“ – akzeptieren, trotz Bedrohungsgefühl gut leben zu wollen und bedenken, ob das wirklich der Wunsch ist, wenn das „Ziel“ erreicht wäre...)



7. Eigenständigkeit fördern – mit Fürsorge und Assistenz

- Zentrale Bedürfnisse:

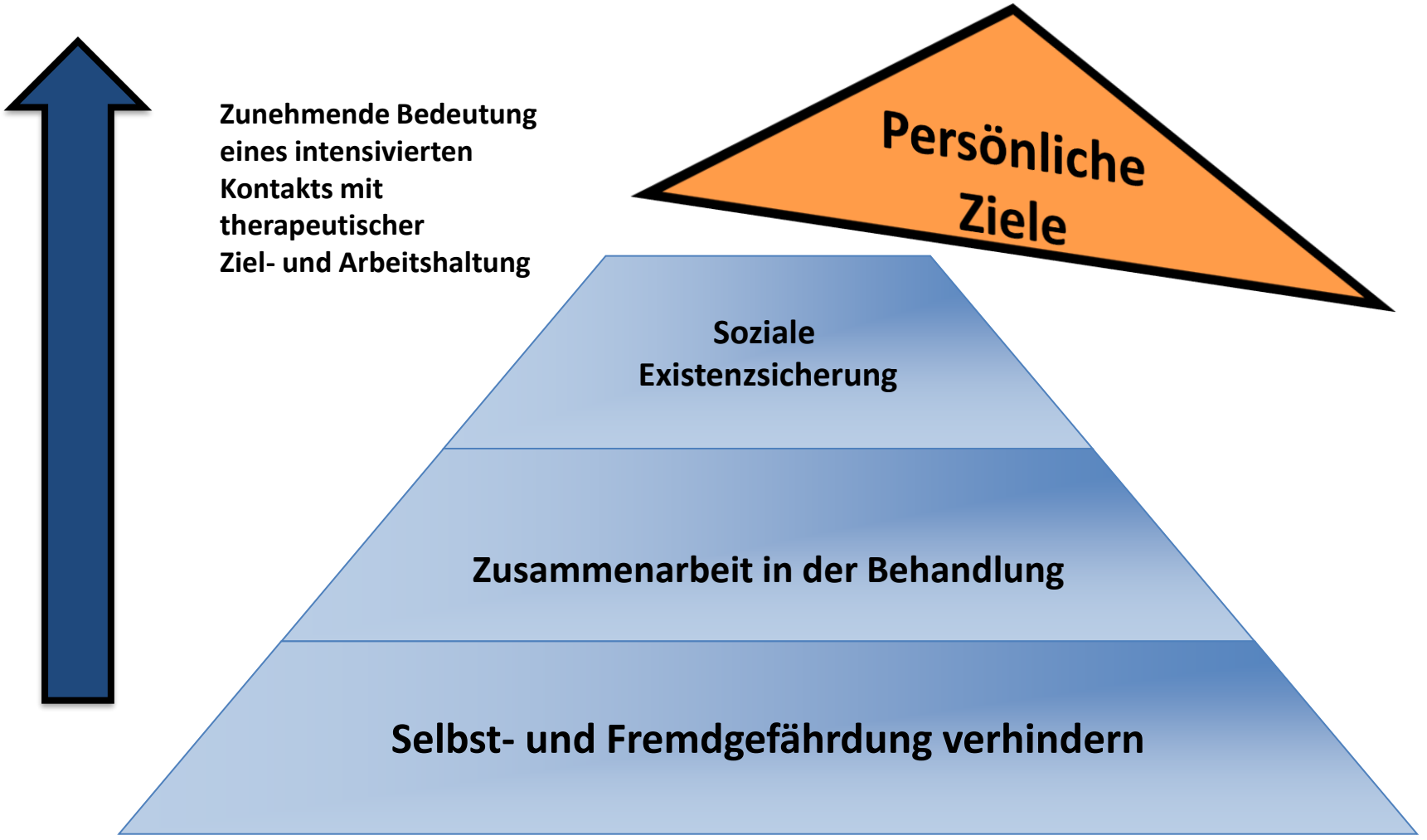
- Selbstständig wohnen
- Sinnvolle Beschäftigung
- Soziale Beziehungen
- Sicherheit und Stabilität
- Persönliche Entwicklung

- Unterstützungsbereiche:

- Haushaltsführung
- Behördenkontakte
- Finanzplanung
- Gesundheitsversorgung
- Freizeitgestaltung

Rolle der Sozialen Arbeit: begleiten, befähigen, beraten, Ressourcen aktivieren

Gestufte Behandlungsziele ab klinischer Akutphase



Therapierelevante Faktoren erfassen - Planung Interventionen

Schützende Umweltfaktoren	– Soziale Unterstützung – Befriedigende Tagesstrukturierung – Familiäre Problemlösefertigkeiten – Rückzugsmöglichkeiten	• Soziotherapeutische Maßnahmen • betreute Wohnformen • Ggf. Arbeiten mit abgestufter Anforderung, Tageskliniken, Kontaktstellen • Familientherapie (Psychoedukation, Problemlösetraining, Kommunikationstraining).
Belastende Umweltfaktoren	– Belastende Ereignisse, Überstimulation – Kritisches, überinvolviertes Familienklima	
Individuelle, Personen-bezogene Schutzfaktoren	– Einnahme von Medikation („Compliance“) – Bewältigung (rechtzeitiges Erkennen von Warnsignalen für Rezidive und adäquate Reaktion, Stressmanagement, Alltagsbewältigung, Problemlösefertigkeit); Soziale Kompetenzen	• Psychoedukation • Problemlösetraining • Stressbewältigung • Unterstützung Alltagsbewältigung, Aktivitätenaufbau • Rückfallpräventionstraining • Kognitive Interventionen, Therapie komorbider Probleme, Metakognitionstraining/Remediation
Personen-bezogene Vulnerabilitäts-faktoren	– Dysfunktionale selbst- & fremdbezogene Kognitionen und Verarbeitungsstile; Dysfunktionale Bewältigung; – Kognitive Defizite	

Unterstützung zur selbstbestimmten Bewältigung des Alltags

- Vorhandenes soziales Umfeld, Hilfe durch Freunde und Familie sowie professionelle Begleiter
- Schweregrad der Erkrankung sowie Adhärenz des Betroffenen für den Behandlungserfolg entscheidend – Maßnahmen mittragen bedeutet, um den großen positiven Einfluss zu wissen, den Betroffene selbst auf ihre Genesung haben
- Eingebunden-Werden und in Entscheidungen bestärkt zu werden, fördert außerhalb von Akutphasen ein selbstbestimmteres und unabhängigeres Leben
- Durch Therapietreue kann ein erneutes Auftreten verringert oder verhindert werden

8. Stress bewältigen – Selbstbestimmung auch in Krisenzeiten

- Krisen gehören zum Krankheitsverlauf, Akzeptanz!

- Individuelle Strategien zur Krisenbewältigung fördern Selbstbestimmung, sowie Unterstützung rechtzeitig in Anspruch zu nehmen



Rückfall-prävention

- **Frühe Symptome besser kontrollieren – vgl. vielfach replizierte Studie von Behrendt, 2001: 77,5% der Betroffenen gaben an, dass ihnen durchschnittlich 9 Wochen vor der akuten Psychose gesagt worden sei, sie seien „anders als sonst“.**
- **Antworten vorgeben sinnvoll; Schwierigkeiten, frühe Symptome zu erkennen und zu erinnern, auch bei gezielter Exploration mehrfach nachfragen und mit der Hilfe von Beurteilung/Bearbeitung von Listen die Angehörigen miteinbeziehen**

aus: **Mehl & Lincoln, 2021**

Krisenplan zur Rückfallprophylaxe konkret und spezifisch

Signale	Maßnahmen
Sehr frühe Warnsignale: „Ich schlafe unruhiger. Bin für Geräusche empfindlicher.“	Mehr Sport und frische Luft. Früheres Schlafengehen möglich?
Frühwarnzeichen: „Ich gehe nicht mehr gerne ins Cafe, bleibe einfach liegen.“	Ich versuche, mir etwas Gutes zu gönnen und mich von meiner Stimmung nicht mitreißen zu lassen, mir helfen zu lassen.“
Späte Warnsignale: Beziehungsideen wie „andere reden oder lachen über mich“. Siggi beschwert sich, dass ich mich seit Wochen nicht gemeldet habe.“	Auf Gegenbeweise achten und Annahmen überprüfen – Therapeut/Arzt kontaktieren, Inhalte der Therapie in den Unterlagen erneut durchgehen, mit Freunden reden
Symptome: „Ich habe das Gefühl, dass die K. mir schaden will, fühle mich innerlich vergiftet und lehne eine Einschätzung meines Zustandes ab.“	Auffrischung der Therapieinhalte; Erhöhung der Medikation: Krisenplan besprechen – Fachpfleger bringt mich zur Klinik oder ruft in der PIA an …

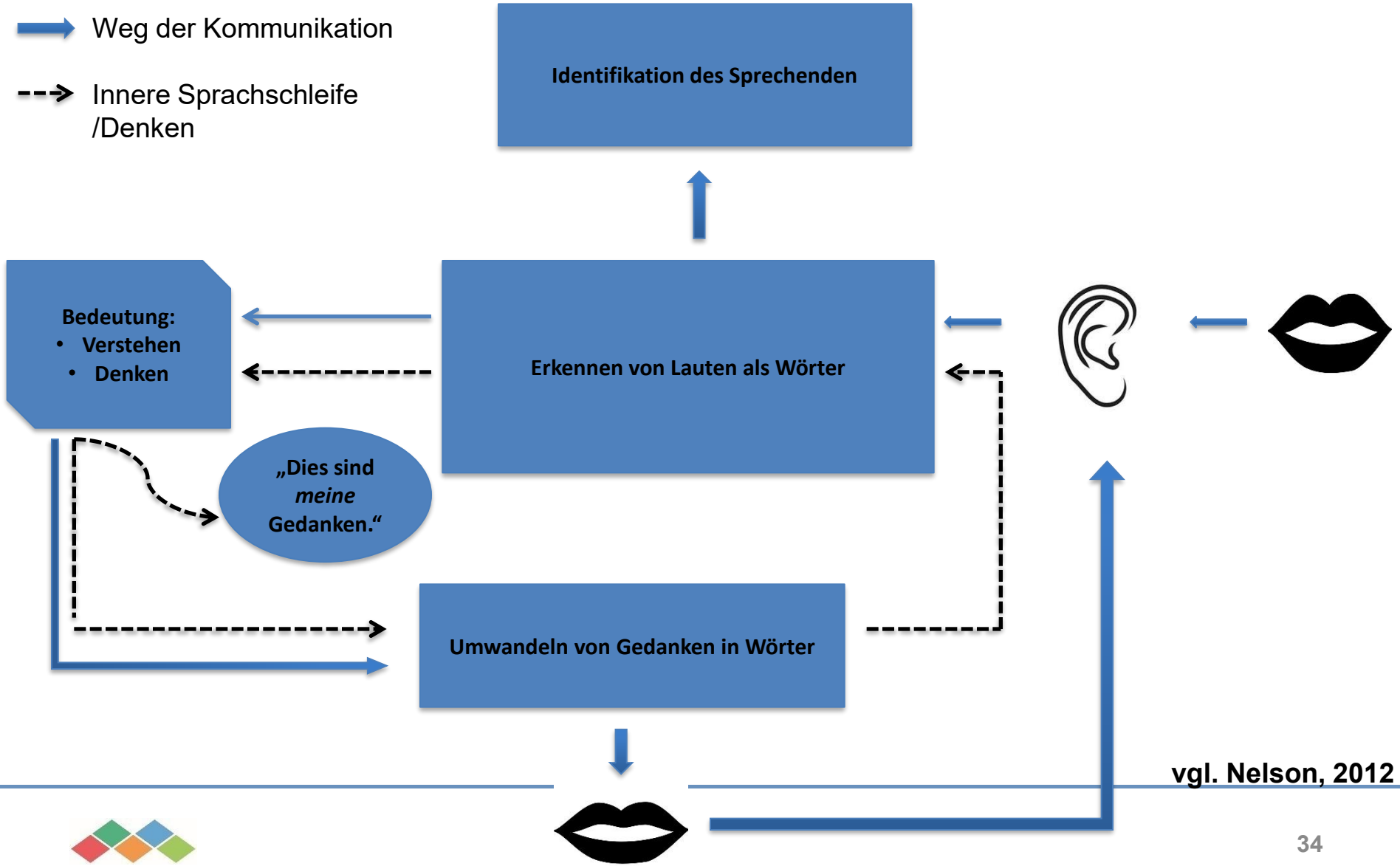
9 und 10. Zielorientierung und Reflexionsfähigkeit

- Menschen mit Psychosen entwickeln individuelle Lebensziele

- Reflexionsfähigkeit fördert langfristige Selbstbestimmung, auch in einem langandauernden Dialog und in wohlwollender Beziehungsgestaltung, um

- **Eigene Erfahrungen einzuordnen**, Rückschläge zu analysieren, Erfolge wahrzunehmen und **neue, adaptive Strategien zu entwickeln**

Modell der inneren Sprachschleife für das Hören von Stimmen



vgl. Nelson, 2012

Vereinbaren von Therapiewegen bei Stimmenhören

Reduktion der Auftretenshäufigkeit/Lautstärke der Stimmen

Modifikation der Überzeugungen, die mit dem Inhalt des von der Stimme Gesagten verbunden sind

Überzeugungen verändern, die sich auf Macht und Autorität der Stimme beziehen

Herkunft der Stimmen?

Stärkung der Fähigkeit, den Befehlen der Stimme zu widerstehen

Cognitive Assessment of Voices Interview Schedule

Konsequenzen von Beachtung und Nichtbeachtung der Stimmen; wichtig auch zur Beachtung offen beobachtbaren Verhaltens wie Entscheidungsschwierigkeiten!

Relating-Therapy-Ansatz bei Halluzinationen

- Beziehung zwischen der stimmenhörenden Person zu ihren Stimmen lässt sich wie soziale Beziehungen hinsichtlich Macht/Dominanz und Intimität/Nähe einordnen
- In der Therapie wird daran gearbeitet, den Stimmen selbstsicher, weder unterwürfig noch aggressiv, entgegenzutreten

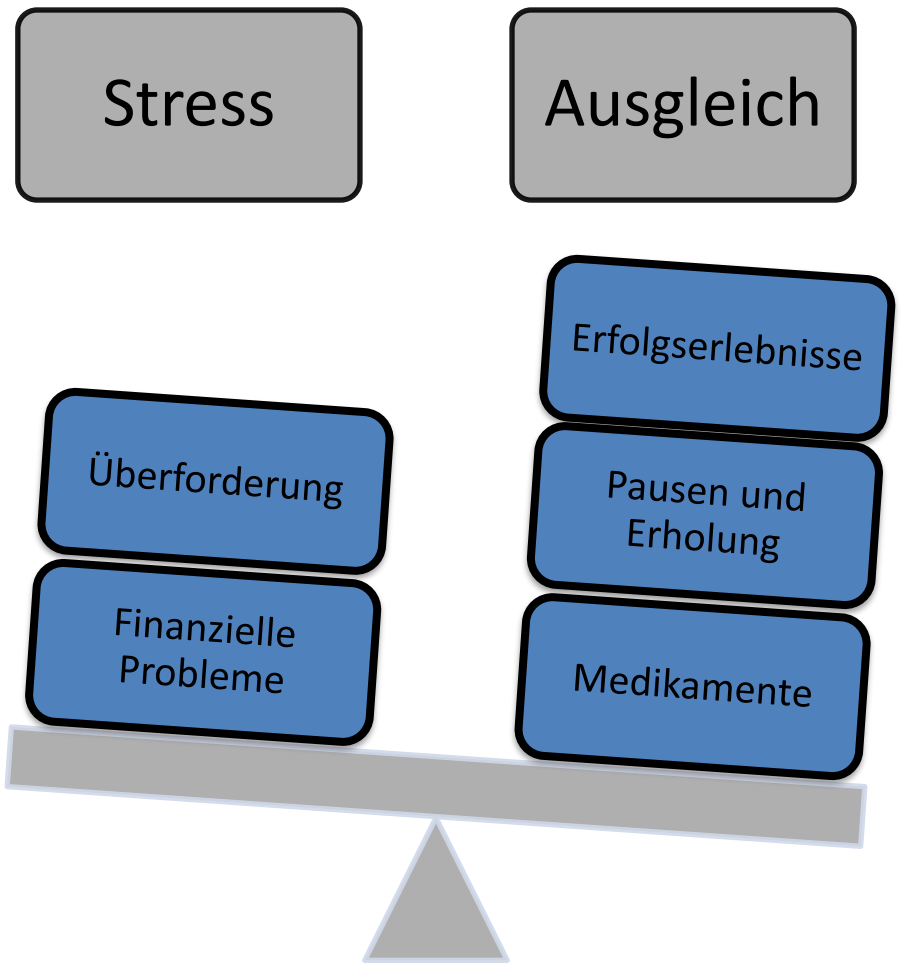
Stimme (sagt, selbst, wenn sie abwertend ist, etwas Relevantes): *„Du Versagerin. Das ist typisch für dein Leben, dass du es wieder vermasselst. Du bekommst nichts hin! “*

Hayward, Jones, Bogen-Johnston, Thomas & Strauss, 2017

Zielreaktion („interpersoneller Rückzug dominiert nicht, positive Anteile der Person bekommen Raum: *„Ich konnte das selbst nicht mehr. Das heißt aber nicht, dass ich nichts gebacken bekomme. Ich hab heute beispielsweise schon einiges gut gemacht, mit meiner Tochter offen gesprochen, wie es weitergeht…“*

Stresswaage und Medikamenteneinnahme

Welche Stressoren führen zu einer Überlastungsreaktion, die das erneute Auftreten von Symptomen begünstigen? Aktivierung von Ressourcen & wo Reduktion grundsätzlicher Belastung möglich?



sinnvoll Aufklärung über rezidiv-prophylaktische Wirkung, Empathie für subjektive Bewertungen zeigen – Erleben von Druck seitens der Angehörigen, Unverständnis der Umwelt...Medikation?

Selbstbestimmung langfristig sichern – Wege zu mehr Stabilität und Autonomie

- Shared-decision-making über die Dosierung der Medikamente auf Augenhöhe

- Patientenverfügung und gemeinsame Krisenpläne

- Akzeptierende Haltung auch gegenüber erneuter stationärer Behandlungsbedürftigkeit im Therapieverlauf
- Vertrag und Handlungsanweisung mit Pat. und/oder Angehörigen/Betreuer bzgl. „Gesundheitsfürsorglichen Therapeutenverhaltens“ bei fehlender Krankheitseinsicht in akuteren Zuständen“ als Behandlungsvereinbarung

- Psychotherapeutische Gespräche: um eigene Krankheit und deren Verlauf zu verstehen als auch funktionale Bewältigungsstrategien zu entwickeln

Take-Home: Handlungsmöglichkeiten sozialer und psychotherapeutischer Arbeit

- Ressourcenorientierung
- Recovery unterstützen
- Partizipation fördern
- Entscheidungen gemeinsam treffen
- Unterstützung statt Bevormundung
- Partizipation ermöglichen
- Beziehungen auf Augenhöhe gestalten
- Informationen verständlich vermitteln
- Individuelle Lebensziele fördern

- **Professionelle Unterstützung soll Selbstbestimmung mit ermöglichen und ggf. wiederherstellen, nicht ersetzen!**
- **…Menschen helfen, eigene Entscheidungen informiert und selbstbestimmt zu treffen**
- **Selbstbestimmung bedeutet nicht, alles allein zu können – sondern die Möglichkeit zu haben, das eigene Leben entsprechend den eigenen Vorstellungen zu gestalten**

Take-Home: Therapeutische Beziehung

- Welche Stimmen sollten leiser werden oder verschwinden? Symptome generell zu beseitigen, nicht das einzige Ziel der therapeutischen Arbeit
- Psychotische Symptome als Kompromiss in einem Dilemma – menschlich ist die Balancierung zwischen Abstand und Nähe und die Gleichzeitigkeit der Wünsche nach Autonomie und Bindung
- Wer Stimmen hört, ist nicht allein, ohne eine wirkliche Beziehung riskieren zu müssen, hat Kontakt, ohne das Alleinsein aufgeben zu müssen
- Mit der eigenen fremden Erfahrung rauskommen aus der kommunikativen Isolierung, subjektiver Sinn
- Statt Fremdheit und Distanz, Kommunikation von innerer Verwandtschaft und Nähe, das Eigentümliche wieder in der Normalität verankern, sich als so besonders wie möglich, aber auch so normal wie nötig erleben können…
- **Verstärkt normalisierendes Verständnis nicht den Wahn?** *Nein. Personen, die sich wertgeschätzt und ernst genommen fühlen, sind eher bereit dazu, eigene Annahmen infrage zu stellen, flexibler aus der „Verteidigungshaltung“ rauszukommen und alternative Schlüsse zu akzeptieren.*

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!