

Tagesklinische Psychosen- Psychotherapie

Martin Stokowy, Tagesklinik Alteburger Straße, Köln

Jahrestagung der DATPPP, Bergisch- Gladbach

7. März 2008

Martin@Stokowy.com

Ich möchte Ihnen im folgenden Vortrag einen Werkstattbericht aus dem tagesklinisch therapeutischen Umgang mit psychotischen Patienten liefern, der Schwerpunkt wird also nicht die Theorie sondern die Praxis der Behandlung sein, allerdings in sehr verdichteter Form. Bei der heutigen Darstellung wurde das Thema der pharmakologischen Behandlung ausgeklammert.

Gliederung

- Behandlungsrahmen
- Umgang mit der Familie
- Gruppen-Psychotherapie
 - jeweils dargestellt mit den beabsichtigten Folgen für den psychotischen Patienten

Behandlungsrahmen

- Tagesklinische Gruppenbehandlung, nosologisch heterogene Patientengruppe von 13-16 Patienten
- Behandlergruppe: ein Arzt, eine Ärztin, ein Krankenpfleger, eine Krankenschwester, Sozialarbeiter, Kunst- und Bewegungstherapeutin, Psychologin
- Ca. 40 Wochenstunden, davon ca. 20 Std. Milieuthherapie
- Klarer, fester zeitlicher Rahmen, klare Rollenverteilung im Team
- Milieu-, Bewegungs-, Kunst-, Sozio- und Psychotherapie neben der psychiatrischen Basistherapie

Behandlungsrahmen (2)

- Ziel ist es, die **Funktionsfähigkeit der (Patienten- und/oder Behandler-) Gruppe** aufrecht zu erhalten oder wiederherzustellen
- dazu ist das **Aufrechterhalten der Regeln** unerlässlich (Gruppendauer, inhaltliche Zuordnung, Umgangsformen etc.)
- tagesklinische Therapie macht für den Patienten den andauernden Übergang von „Familie“ zur „Gesellschaft“ und zurück notwendig

Behandlungsrahmen (3)

- dadurch wird es möglich, auftretende Spaltungen, z.B. in: hier „nur die Klinik“, dort „nur die Familie“ zu erkennen und zu thematisieren
- Ziel ist es, in der Familie die Gesellschaft, in der Gesellschaft die Familie gelten zu lassen
- durch das anti-regressive Setting erfolgt eine weitere kontinuierliche Triangulierung u.a. von Patienten-Gruppe, Behandler-Gruppe und äußerer Wirklichkeit, die auch die Familie des Patienten sein könnte

Behandlungsrahmen (4)

- Ziel ist es, mit Hilfe von täglichen Teambesprechungen und regelmäßigen Supervisionen die Gruppenprozesse zu verstehen und auf die Wirklichkeit des einzelnen Patienten zu beziehen
- um so einen Kontext herzustellen/zu erarbeiten, in dem die Symptomatik des Patienten als sinnvoll verstehbar und damit, so die Theorie, auch möglicherweise veränderbar wird

Behandlungsrahmen (5)

- es gibt eine Anfangs-, eine Arbeits- und eine Schlussphase der Behandlung mit typischen Schwerpunkten
- in der Anfangsphase lernt der Patient den Tagesablauf, die thematischen Schwerpunkte, die Umgangsformen insbesondere mit schwierigen Inhalten oder Zuständen kennen, das therapeutische Bündnis wird etabliert
- zu Beginn der eigentlichen Arbeitsphase benennt der Patient in der Gruppe seine Therapieziele, die mit ihm so konkret wie möglich herausgearbeitet werden

Behandlungsrahmen (6)

- Neben der psychotischen Symptomatik des Patienten und seiner Krankheitsgeschichte wird es dabei vor allem um seine soziale Situation gehen, grob aufgeteilt in die Bereiche
 - Privatheit/Intimität
 - Freizeit/Kontakte und
 - Arbeit
- Damit wird der kontextuelle Zugang zur psychotischen Symptomatik verstärkt und die Aufmerksamkeit eher von der inneren (privaten/psychotischen) auf die äußere Wirklichkeit umgelenkt

Behandlungsrahmen (7)

- D.h. es geht immer um konkret zu erreichende Ziele
- Dem Erreichen dieser Ziele scheint die klinische Symptomatik entgegen zu stehen
- In der Schlussphase geht es um das Ausklingen der tagesklinischen Behandlung, die Bündelung der Behandlungsergebnisse mit Folgen für die weitere Gestaltung von Alltag, Freizeit und Arbeit, aber auch den Abschied aus der Patientengruppe und die Formen der weiteren Behandlung

Folgen für den psychotischen Patienten

- Der anti-regressive Behandlungsrahmen mit klaren Stimuli, eindeutiger Kommunikation, möglichst klaren Informationen, klaren Strukturen auf moderatem affektivem Level führt i.d.R. rasch
 - zu einer Beruhigung des Patienten
 - zur Entaktualisierung von Bindungsverhalten
 - durch den Wechsel Klinik-Zuhause zu einer engen Verzahnung mit äußeren Wirklichkeitsanreizen
 - zur Möglichkeit der spielerischen Erprobung von veränderten Umgangsformen
 - und optimalerweise zu höherer Frustrations- und Ambivalenz-Toleranz

Umgang mit Familien

- Die Kontaktaufnahme zu den Familien erfolgt möglichst schon im Erstkontakt, spätestens aber während der ersten drei Behandlungswochen
- Ziele dieser Kontaktaufnahme sind:
 - Reduktion von Spannung/ Ängsten in der Familie
 - Herstellen eines Behandlungsbündnisses auch mit der Familie
 - Klärung von (widerstreitenden?) Behandlungsaufträgen
 - Erkennen von Leidensdruck, wer hat ihn am meisten, wer weniger, ist also weniger an einer Veränderung interessiert?
 - Erkennen von Änderungsmotivation/ Entwicklungswille in der Familie

Umgang mit Familien (2)

- Unsere Sicht auf psychot. Symptome als veränderbare Leistung des Betroffenen wird eingeführt
- Klärung, ob und wie die Schuldfrage verhandelt wird?
- Gibt es eigene Krankheitstheorien der Familie?
- Erklären, dass Entwicklung/Individuation (des Patienten) nicht als Bedrohung/Auflösung (der Familie) verstanden werden muss, sondern als bezogene Individuation denkbar ist
- Durch Reduktion von hoch aktiviertem Bindungsverhalten auf Seiten der Familie wird der Projektionsdruck auf den Patienten verringert, was zentral zu dessen Stabilisierung beitragen kann

Folgen für den psychotischen Patienten

- Die Erfahrung zeigt, dass sich im familiären Kontext i.d.R. die **regressivste Lösung** durchsetzt, das klingt pessimistisch, sollte aber vor therapeutischem Übereifer schützen und den Therapieschwerpunkt verdeutlichen
- Gerät der Patient in einen **Loyalitätskonflikt** zwischen Behandlern und der Familie, so ist mit Depressivität bis hin zu Suizidalität zu rechnen
- Wir gehen davon aus, dass psychotische Patienten i.d.R. zur Stabilisierung eines psychisch sehr instabilen (oft des gleichgeschlechtlichen) Elternteils beitragen; erst wenn es gelingt, zu dessen Stabilität von anderer (z.B. therapeutischer) Seite beizutragen, kann der (Index-) Patient (teilweise) aus seiner Rolle entlassen werden und sich weiter entwickeln / individuieren

Psychotherapiegruppe

- Affekte dienen der Beziehungsregulation und somit der Aufrechterhaltung von inneren und äußeren Objekten
- Können Affekte nicht angemessen geäußert werden, müssen sie sogar vermieden werden, kommt es zu Verschiebungen und Projektionen, ausgelöst oft im Zusammenhang mit Trennung, Verlust, Verlassen oder Verlassen-werden
- Müssen Affektäußerungen vermieden werden kommt es sukzessive zum Objektverlust mit Rückzug aus dem sozialen Umfeld in das Grübeln, in die Antriebslosigkeit, mit Reduktion und schließlich dem Einstellen der Kommunikation

Psychotherapiegruppe (2)

- des weiteren:
 - Im psychotischen Zusammenbruch ist die Möglichkeit zur Affektäußerung und damit die Beziehungsfähigkeit zutiefst gestört
 - Die Subjekt-Objekt-Trennung ist unmittelbar vor der akuten Psychose katastrophisch zusammengebrochen und mit ihr die Möglichkeit zur Kommunikation
 - Die psychotische Symptomatik ist so verstanden ein psychischer Rettungsversuch zu Lasten der Ich-Integration und der Realitätskontrolle
 - Damit ist eine Reduktion / Aufgabe der psychotischen Symptomatik erst möglich, wenn es andere Lösungsmöglichkeiten der zugrunde liegenden Konflikte gibt

Psychotherapiegruppe (3)

- Für die tagesklinische Psychosen-Psychotherapie in der Gruppe bedeutet das:
 - Ermutigung zur Kommunikation
 - Mit Sprache können Affekte differenziert und damit Beziehungen reguliert werden
 - Dazu ist ein klarer Kommunikationsstil vonnöten
 - Handelnde und erlebende Personen sind zu differenzieren, Ich-Grenzen zu stärken
 - Aufkommende Affekte sind möglichst genau zu benennen
 - Widersprüchlichkeiten und Ambivalenzen können herausgearbeitet werden

Folgen für den psychotischen Patienten

- Der psychotische Patient erfährt Entlastung durch
 - Kommunikation im Kontext, er macht Erfahrung im Umgang mit Nicht-Reden-Können/-Wollen oder -Müssen
 - Die therapeutische Haltung grundsätzlicher Verstehbarkeit der Symptomatik gegenüber
 - Reduktion der erlebten (eigenen) Fremdheit im Umgang mit Patienten mit anderen Störungsbildern, oft aber eben ähnlichen Erlebnis- und Verarbeitungsweisen (Kontinuum der Abwehrprozesse)

Folgen für den psychotischen Patienten (2)

- Immer wieder gelingt es, den Kontext psychotischer Abwehr verstehbar zu machen und somit Änderungsimpulse zu setzen
- Ambivalenz- und Frustrationsspannungen sollten nicht notwendigerweise aufgelöst werden, Ziel sollte eine höhere Toleranz für solche Spannungen sein