
Psychotherapie bei Menschen mit SMI

SMI (Severe Mental Illness)

- schwere und chronische psychische Erkrankungen
- anhaltende Funktionseinschränkungen im sozialen und beruflichen Bereich und im Alltag
- erhöhte Vulnerabilität für Krisen



keine Diagnose – eher Schweregrad

SMI (Severe Mental Illness)

Multiple Belastungen:

- psychiatrische Erkrankung
- traumatische Erfahrungen
- defizitäre soziale Integration / soziale Isolation
- finanzielle Probleme
- instabile Wohnsituationen
- familiäre Probleme
- problematische berufliche Situation

SMI (Severe Mental Illness)

Komplexität

- **beeinflusst unmittelbar die psychotherapeutische Arbeit**
- **erfordert komplexere Hilfs- und Angebotsstrukturen**

Psychotherapeutische Versorgung (Allgemein)

- **1960er und 70er:** AOK-Institut. Vereinbarung mehrerer Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen mit der AOK => „Breite Psychotherapie“
- **1967** erstmals wurden psychotherapeutische Leistungen in größerem Umfang in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen (anfangs nur PA)
- **1970er Jahre:** Einführung des Delegationsverfahrens: Psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen durften unter der rechtlichen Hoheit eines Arztes/einer Ärztin psychotherapeutische Behandlungen vornehmen. Hintergrund: der Beruf war rechtlich nicht eigenständig anerkannt und Psychotherapie als Heilkunde war primär ärztlich definiert wurde
- **1972** Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) wird Kassenleistung (weniger Sitzungen, meist im Sitzen, geringere Frequenz als klassische Analyse, stärker konflikt- und gegenwartsbezogen).

Psychiatrie-Enquete (1975/76)

- **Inhumanität und Misshandlungen** (schlechte Behandlung, körperliche Gewaltanwendung)
- **Mangelnde Versorgung** (schlechte Ausstattung, Überbelegung)
- **Isolation der Patienten und Patientinnen** (wenig Kontakt zur Außenwelt, von der Gesellschaft abgeschnitten)
- **Zwangsmaßnahmen** (Fixierungen, Zwangsmedikation, Elektroschocks)
- **Fehlende Therapieangebote** (mangelnde psychotherapeutische Betreuung)
- **Unzureichende Ausbildung des Personals** (Mangel an Fachkompetenz bzgl. psychiat. Patienten & Patientinnen)
- **Stigmatisierung psychisch kranker Menschen** (gesell. Stigmatisierung und Ausgrenzung)
- **Rechtsunsicherheit der Patienten und Patientinnen** (Unklarheit der Rechte der Menschen und der Grundlage der Unterbringung)
- **Fehlende alternative Behandlungsmöglichkeiten** (Behandlungsformen und Behandlungseinrichtungen)
- **Notwendigkeit für Reformen** (Verbesserung der Bedingungen in den Einrichtungen / Patienten- und Patientinnenschutz / alternative und gemeindeorientierter Behandlungsmöglichkeiten)

Psychiatrie-Enquete (1975/76)

Empfehlung zur **Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung** psychisch kranker Menschen

1. Stärkung der Psychotherapie als ergänzende Behandlungsform

Ziel: vorherrschende medikamentöse Behandlung durch eine ganzheitliche, psychotherapeutische Herangehensweise zu ergänzen

2. Ausbildung und Weiterbildung von Fachpersonal

Ziel: Psychiater und Psychiaterinnen und Pflegepersonal sollen eine fundierte Ausbildung in psychotherapeutischen Methoden erhalten

3. Förderung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

Ziel: ambulante Psychotherapie nach der Entlassung um Rückfälle zu verhindern und eine Reintegration in die Gesellschaft zu unterstützen

4. Integration der Psychotherapie in die Allgemeinmedizin

Ziel: Psych. Kranke sollen nicht nur in psychiatr. Einrichtungen behandelt werden, sondern auch in anderen medizinischen Kontexten, z. b. der Hausarztpraxis / Psychotherapie soll ein Teil der Gesamtheit der medizinischen Versorgung sein

5. Entwicklung von spezialisierten psychotherapeutischen Angeboten

Ziel: besonders für Menschen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen / individuell zugeschnittene Therapieansätze / langfristige psychotherapeutische Begleitung

Psychiatrie-Enquete (1975/76)

Fazit:

- **Wichtige Grundlage für die Anerkennung und Weiterentwicklung der Psychotherapie**
- **Verschärfung des Blickes auf eine ganzheitliche, multifaktorielle Behandlung psychischer Erkrankungen**
- **Psychotherapie als Teil des Behandlungsspektrums**
- **Einführung von psychotherapeutischen Programmen in Kliniken**
- **Zunehmende Bedeutung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung**

Psychotherapeutische Versorgung (Allgemein)

- **1980er** Verhaltenstherapie wurde schrittweise stärker integriert
- **1999** Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen-Gesetz: Psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen erhielten eine eigene Approbation und somit direkte „Kassenzulassung“ => grundlegender Strukturwandel: weg vom rein ärztlich kontrollierten Modell, hin zu einem eigenständigen Heilberuf (Erstzugangsrecht!)
- **2000** *GKV-Gesundheitsreformgesetz* und 2004 *GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz*: Einführung und Etablierung der *Integrierten Versorgung (IV)*
- **2020** Systemische Therapie wurde als 4. Richtlinienverfahren aufgenommen und konnte als Kassenleistung abgerechnet werden
- **2021** Erste Befugniserweiterung (Ergotherapie)
- **2021** KSYPsychRL trat in Kraft (für Erwachsene)

Psychotherapeutische Versorgung (SMI)

Psychodynamik:

- Sigmund Freud (1856 bis 1939): Skeptisch => Fehlen einer stabilen psychotherapeutischen Beziehung / defizitäre Übertragungsfähigkeit / nicht ausreichend auf die Realität bezogen / psychische Energie stark vom Außen abgezogen
- Melanie Klein, C.G. Jung, Jacques Lacan weniger skeptisch und entwickelten Ansätze weiter
- Heute: berufspolitisch sehr aktiv, in der Versorgung unterrepräsentiert

Verhaltenstherapie:

- Frühe Formen: rein verhaltenstherapeutisch orientiert (Token-Economy/Token-Systems) in Kliniken
- Aaron T. Beck (1921 bis 2021): Hauptentwickler der KVT. In den späten 1970 und Anfang der 1980er Jahre Arbeit mit psychotisch erkrankten Menschen
- Heute: allgegenwärtig, mit vielen Trainings (TAD, MKT, SKT, Kog. Trainings, u.v.m.)

Systemische Therapie:

- Frühe Arbeiten (1950er–1970er Jahren) resultierend aus Familientherapieforschung in den USA, Kommunikationsmodellen zu Psychosen
- Gregory Bateson, Murray Bowen, Salvador Minuchin, Jay Haley.: Kommunikationsstrukturen, „Familie als Ursache“
- Heute: Verbesserung der Kommunikation, Senkung von „Expressed Emotion“ durch (Multi-) Familienarbeit

Psychotherapeutische Versorgung (SMI)

Vom Ausschluss zur etablierten Behandlung

Früher dominierende Sichtweisen

- Schwere psychische Erkrankungen galten oft als „nicht psychotherapiefähig“
- Psychotherapie wurde als gefährlich angesehen (s. Wahn)
- Psychotherapie wurde häufig als zu belastend oder wirkungslos angesehen
- Fokus vor allem auf Verwahrung, Medikation und Krisenkontrolle
- Besonders bei Psychosen und schweren Persönlichkeitsstörungen herrschte lange therapeutischer Pessimismus

Psychotherapeutische Versorgung (SMI)

Vom Ausschluss zur etablierten Behandlung

Erste Öffnung

- Zunehmende Bedeutung von ***Recovery*** und ***Psychoedukation***
- Fokus auf Krankheitsverständnis und Rückfallprophylaxe
- Angehörigenarbeit gewann an Bedeutung
- Psychotherapie zunächst eher unterstützend und stabilisierend

Recovery (Exkurs)

trotz psychischer Krisen ein sinnvolles, selbstbestimmtes Leben führen

- 1970er Jahren in den USA, mit wichtigen Entwicklungen in den 1980ern und internationaler Verbreitung seit den 1990ern
- **1. Hoffnung statt Defektmodell.** Die Bewegung betonte: Veränderung ist möglich, Menschen sind mehr als ihre Diagnose, langfristige Entwicklung kann positiv verlaufen.
- **2. Selbstbestimmung.** Betroffene sollen: eigene Ziele definieren, Entscheidungen mittragen, informierte Zustimmung geben, Behandlung auch ablehnen dürfen.
- **3. Erfahrungswissen.** Die subjektive Erfahrung psychischer Krisen wurde aufgewertet: Peer Support, Genesungsbegleiter, Selbsthilfegruppen.
- **4. Soziale Teilhabe.** Recovery betonte: Wohnen, Arbeit, Beziehungen, Bildung, gesellschaftliche Zugehörigkeit. Nicht nur Symptommessung.
- **5. Kritik an paternalistischer Psychiatrie.** Die Bewegung kritisierte: Zwang, Entmündigung, reine Verwahrung, institutionelle Abhängigkeit, pessimistische Prognosen.
- **6. Individuelle Wege.** Recovery wurde als nicht-linear verstanden: Rückfälle möglich, unterschiedliche Lebenswege, nicht jeder verfolgt vollständige Symptommfreiheit.

Psychoedukation (Exkurs)

Ausgangslage: vor 1980 stationäre Langzeitbehandlungen / medizinischem Modell (Symptomkontrolle) / wenig Einbezug von Angehörigen / kaum strukturierter Aufklärung über Erkrankungen / Informationen wurden oft eher „verwaltet“ als gemeinsam vermittelt.

Etablierung durch erste strukturierte Programme für Schizophrenie, bipolare Störungen, Depression.

- Information über Erkrankung
- Krankheitsverständnis
- Rückfallprophylaxe/Frühwarnzeichen
- Umgang mit Stress und Rückfällen
- Medikamentenwissen und –compliance
- Selbstmanagement
- Stärkere Fokussierung auf Kommunikation

Psychotherapeutische Versorgung (SMI)

Vom Ausschluss zur etablierten Behandlung

Paradigmenwechsel

Nicht mehr die Frage: „Ist Psychotherapie möglich?“

Sondern: „Wie muss Psychotherapie angepasst werden, damit sie hilfreich ist?“

Heutige Entwicklung

- Gute Evidenz für Psychotherapie auch bei schweren Erkrankungen
- Wirksamkeit z. B. bei Psychosen, Bipolarität, Traumafolgestörungen und Borderline-Störungen
- Empfehlung in den S3-Leitlinien

S3-Leitlinie (Exkurs)

Die deutschen S3-Leitlinien werden von medizinischen Fachgesellschaften erstellt, koordiniert unter dem Dach der AWMF

Inhaltlich arbeiten viele Gruppen zusammen:

Fachärzt:innen / Psychotherapeut:innen / Wissenschaftler:innen / Pflege- und Sozialberufe / oft auch Patient:innen- und Angehörigenvertretungen.

Für psychiatrische Leitlinien sind häufig beteiligt: die DGPPN / die DGPs / psychotherapeutische Fachverbände / weitere medizinische Fachgesellschaften.

Die Bezeichnung „S3“ beschreibt die methodische Qualität der Leitlinie.

Es gibt in Deutschland grob vier Stufen:

S1: Expert:innen einigen sich informell

S2k: strukturierter Konsens

S2e: systematische Evidenzrecherche

S3: sowohl systematische Evidenzrecherche als auch strukturierter Konsens

„Stufe“ **S3 ist die höchste Entwicklungsstufe und gilt als methodisch am zuverlässigsten.** Eine S3-Leitlinie bedeutet also: wissenschaftliche Studien wurden systematisch ausgewertet, die Qualität der Evidenz wurde bewertet, verschiedene Fachgruppen mussten sich in formalen Konsensverfahren einigen.

S3-Leitlinie: psychotische Erkrankungen

Psychotherapie gilt nicht mehr als „nur unterstützend“, sondern **als evidenzbasierter Bestandteil der Regelbehandlung**.

Für psychotische Erkrankungen (v. a. **Schizophrenie**) empfehlen die S3-Leitlinien **Psychotherapie ausdrücklich in allen Krankheitsphasen** – akut, stabilisiert und rückfallprophylaktisch.

Psychotherapie hier als wichtigen Bestandteil neben der medikamentösen Behandlung, **nicht als Alternative**

Besonders hervorgehoben werden:

- kognitive Verhaltenstherapie für Psychosen (CBTp)
- Psychoedukation
- Familieninterventionen
- Rückfallprophylaxe und Krankheitsbewältigung
- Förderung von sozialer Teilhabe und sozialem Funktionsniveau

S3-Leitlinie: psychotische Erkrankungen

Beispiele aus der aktuellen S3-Leitlinie **Schizophrenie**:

- Psychoedukation: starke Empfehlung (A)
- Kognitive Remediation: Empfehlungsgrad A
- Metakognitives Training: inzwischen von B auf A angehoben
- Systemische Therapie: von 0 auf B angehoben
- Bewegungsinterventionen: von B auf A angehoben

Die **klassische KVT** bei Psychosen (CBTp) wird leitliniengerecht empfohlen und hat je nach konkretem Setting und Zielbereich meist **Empfehlungsgrad B bis A-nahe** Formulierungen in der Leitlinie.

A = starke Empfehlung („soll“) B = Empfehlung („sollte“) 0 = offene Empfehlung („kann“)

S3-Leitlinie: bipolare Erkrankungen

Bei **bipolaren Erkrankungen** wird **Psychotherapie** ebenfalls **klar empfohlen**, insbesondere:

- in depressiven Phasen,
- zur Rückfallprophylaxe,
- zur Förderung von Medikamenteneinhaltung,
- zur Früherkennung von Frühwarnzeichen,
- zur Stabilisierung des Schlaf-/Tagesrhythmus.

Empfohlene Verfahren sind vor allem:

- Psychoedukation (Empfehlungsgrad A)
- kognitive Verhaltenstherapie (B)
- interpersonelle und soziale Rhythmustherapie (B)
- familienfokussierte Therapie (B)
- Zusatzbehandlungen – besonders zur Rezidivprophylaxe und in depressiven Phasen (A+B)

Auch hier gilt: Die S3-Leitlinie sieht **Psychotherapie als zentralen Baustein einer multimodalen Behandlung** zusammen mit Pharmakotherapie

Besonderheiten im ambulanten Setting

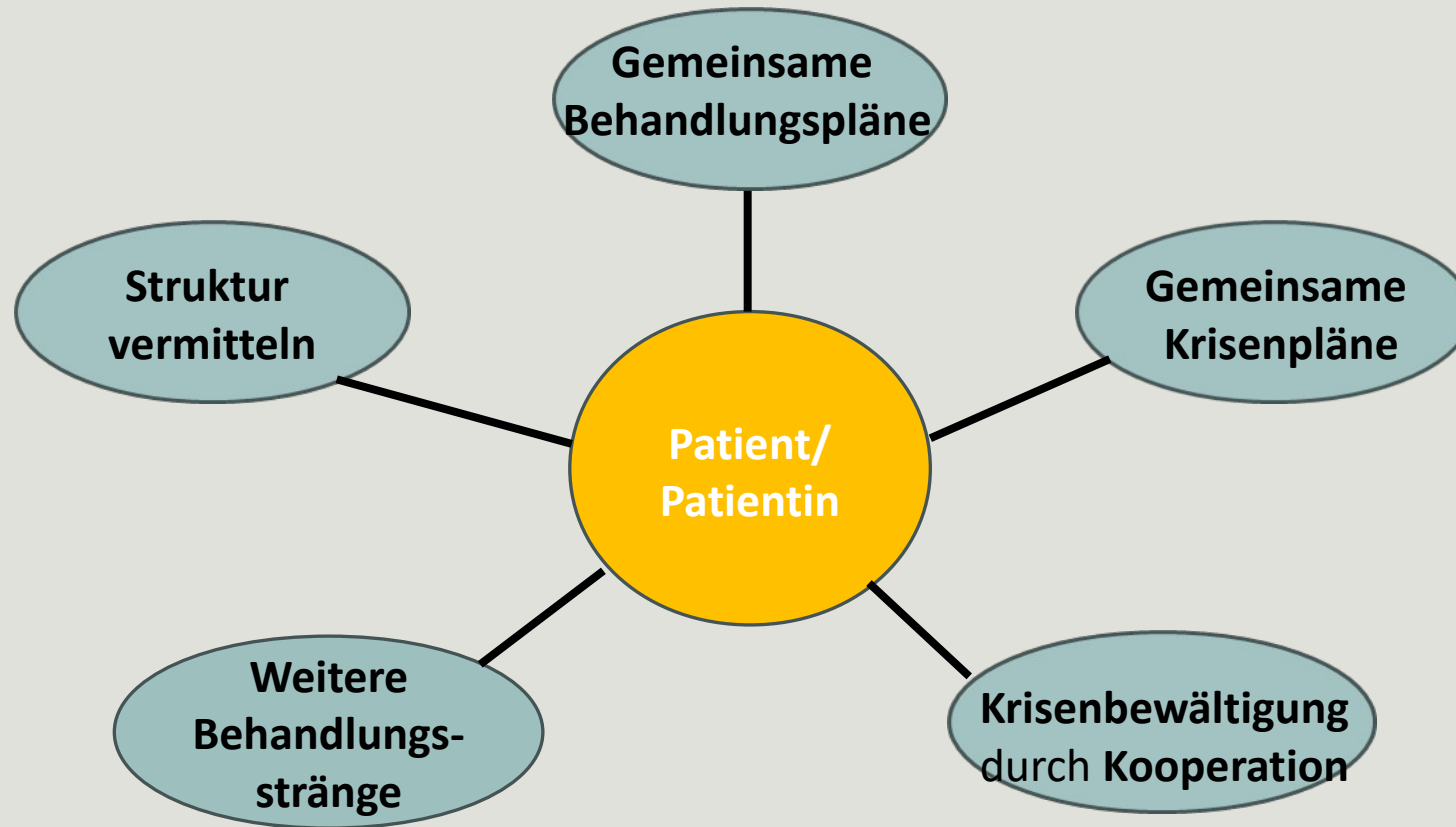
- nicht vorhandene Kontinuität und Verlässlichkeit
- unregelmäßige Termine
- Verspätungen / verkürzte Stunden
- kurzfristige Ausfälle
- Krisen (Suizidalität, Selbstverletzung, psychotische Episoden, Dissoziation, Substanzkonsum, soziale Eskalationen)
- Schwierigkeiten mit Alltagsstruktur
- Misstrauen oder Ambivalenz gegenüber Behandlung
- Abstimmungsbedarf mit anderen Hilfssystemen
- Monotherapie scheitern zwangsläufig

**Ambulante
Psychotherapi
e muss oft
mehr sein, als
„klassische
Therapie“**

Die Antwort auf alle Fragen

KSVPsychR
L

KSVPsychRL



Behandlung aus psychotherapeutischer Sicht

Was hat sich bewährt?

- **Einzeltherapie**
- **Gruppentherapie**
- **Gruppentherapie + Einzeltherapie**
- **Familientherapie** (+ ggf. Einzeltherapie)